



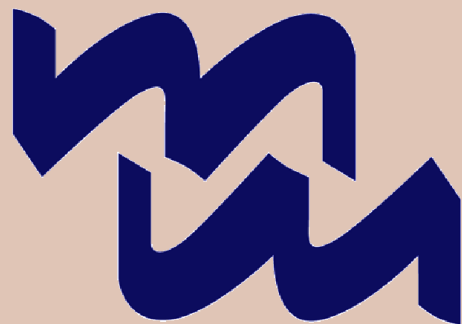
**CONSORCI SANITARI
DEL MARESME**

MEMÒRIA

Memòria

Qualitat, Seguretat del Pacient i Infeccions 2024

Consorci Sanitari del Maresme





Memòria 2024

Coordinador: Dr. Andreu Aloy. Coordinador de Qualitat / Director de Planificació i Qualitat

Autors

Gil, Sara	Infermera. Infeccions i TBC.
González, Erola	Administrativa. Àrea Qualitat.
Herrera, Thaïs	Infermera. Cap d'Àrea. Direcció de Planificació i Qualitat.
Rubí, Núria	Infermera. Referent de Seguretat del Pacient.
Torres, Manuela	Administrativa. Àrea Qualitat.
Vidal, Elena	Infermera. Infeccions.
Solano, M^a Fernanda	Metgessa Medicina Interna. Cap Infeccions CSdM

Centre:

Consorci Sanitari del Maresme

Data d'elaboració: febrer – 2025

Número d'edició: 1^a edició

Vistiplau de la Direcció:

Aprovat per Dr. Andreu Aloy, Director de Planificació i Qualitat.

Dr. Andreu Aloy, Director de Planificació i Qualitat

Signatura acreditativa



Índex

A. Memòria de l'activitat de l'àrea	5
1. Organigrama on s'ubica l'àrea	6
2. El responsable de l'àrea	6
3. Els professionals que componen l'àrea	6
4. Localització i dimensions de l'espai físic de l'àrea al CSdM	7
5. Inventari (mobiliari, instruments...) de l'àrea	7
6. Comunicació amb l'àrea	7
7. Els sistemes informàtics de l'àrea	8
B. Memòria científica l'àrea	8
8. Cursos, Jornades, Sessions, Congressos i Comunicacions rebudes.	8
9. Cursos, Jornades. Congressos o Comunicacions impartides (com a docents)	10
C. Memòria Comitès / Comissions	13
10. Quadre de les Comissions, comitès, Grups de Treball i Grups de Millora del 2024	13
11. Comitès de Seguiment	15
D. Indicadors claus	16
12. IAMETRICS	16
13. Quadre Comandament de Seguretat de Pacients 2024 (pàgina següent)	16
14. Infeccions	24
E. Seguretat del Pacient	24
15. Esdeveniments Adversos.	24
16. Anàlisi Causa-Arrel (ACA)	25
17. Rondes de Seguretat a l'UCI.	26
18. Atenció a les segones víctimes.	31
19. Participacions	31
20. UFTSP	31
G. Acreditació Hospital de Mataró	31
21. Introducció	31
22. Fases de l'Acreditació a l'Hospital de Mataró 2023-2024	32
23. Resultats	33
H. Certificacions ISO 9001:2015	37
24. ISO 9001:2015 - UCSI	37
25. ISO 9001:2015 - FARMÀCIA	40
26. ISO 9001:2015 – ANATOMIA PATOLÒGICA i LABORATORI	42
27. ISO 9001:2015 - REHABILITACIÓ	43
28. ISO 9001:2015 – DIRECCIÓ DE PLANIFICACIÓ I QUALITAT	43
29. ISO 14.001 – MEDI AMBIENT	43
I. Gestió de les Guies Assistencials	44
30. Gues assistencials	44
J. Gestió dels aïllaments infecciosos a hospitalització	45
31. Distribució de les mesures de precaució	45
32. Adquisició dels microorganismes	47



33.	Identificació de les mesures de precaució:	48
34.	Conclusió INFORME aïllaments 2024	49
35.	Accions de millora:	50
	K. Gestió de la Tuberculosi al Maresme Central	50
36.	Estudis de contactes de TBC realitzats Maresme-Central	50



Direcció de Planificació i Qualitat (CSdM)



SECRETARIA TÈCNICA: ISO's, Comissions, i suport tècnico-documental a tots els indicadors i processos de la DPQ.



Acreditacions (4 àmbits assistencials)
Guies assistencials



Control i prevenció de la infecció (nivell institucional)



Seguretat de pacients



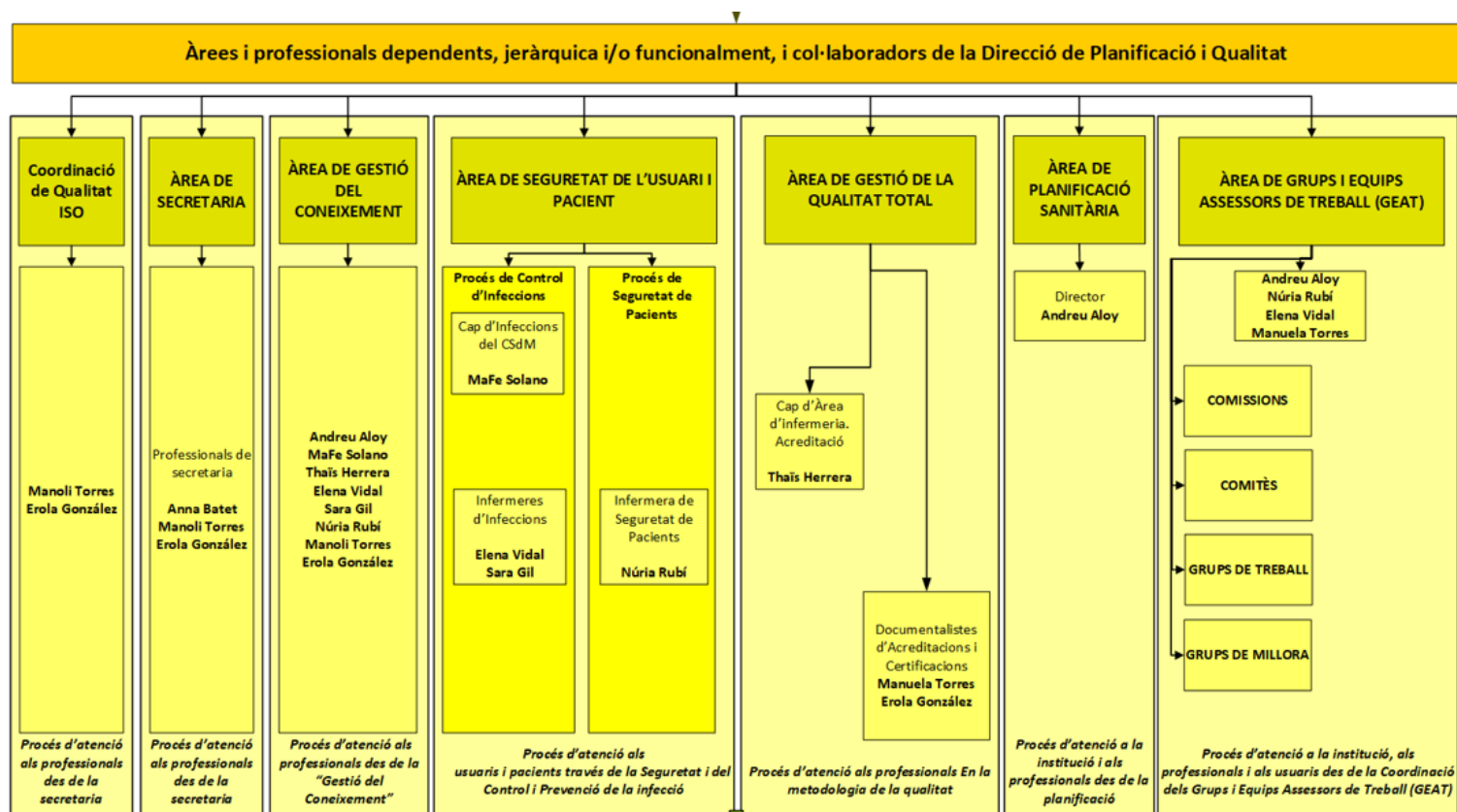
Planificació



A. Memòria de l'activitat de l'àrea

1. Organigrama on s'ubica l'àrea

Depenent de la Direcció de Planificació i Qualitat:



2. El responsable de l'àrea

Nom i cognoms	Titulació	Antiguitat (any)
Andreu Aloy Duch	Llicenciatura en Medicina i Cirurgia, especialista en Medicina Interna	Desembre 2023

3. Els professionals que componen l'àrea

Nom i cognoms	Titulació	Antiguitat a l'àrea (any)
Elena Vidal Díez	Diplomada en Infermeria	2003



Erola Gonzàlez Coca	Tècnic Superior en Documentació Sanitària Llicenciatura en Pedagogia	2022
Manuela Torres Gaspar	Tècnic Superior en Documentació Sanitària	2015
Maria Fernanda Solano	Llicenciatura en Medicina i Cirurgia, especialista en Medicina Interna	2024
Núria Rubí i Montserrat	Diplomada en Infermeria	2023
Sara Gil Alvarez	Diplomada en Infermeria	2022
Thaïs Herrera Vilchez	Diplomada en Infermeria	2011

4. Localització i dimensions de l'espai físic de l'àrea al CSdM

L'àrea de Qualitat, Seguretat del pacient i Infeccions, des del setembre de 2024, està ubicada al soterrani -2 de l'Hospital de Mataró, àrea de sessions mèdiques 03. En aquest espai hi treballem: l'Elena, la Sara, la Núria, la Thaïs, la Manoli i l'Erola.

La M.Fernanda Solano està ubicada a un despatx al primer pis de l'Hospital, a la cantonada de la Unitat d'Hospitalització 4. L'Andreu Aloy està ubicat a un despatx a la planta baixa, on estan totes les direccions de l'Hospital.

5. Inventari (mobiliari, instruments...) de l'àrea

A l'àrea disposem de:

- 6 taules d'aproximadament 1.5 cm cada una.
- 6 cadires de despatx.
- 1 tamburet.
- 6 ordinadors, 3 dels quals amb doble pantalla.
- 1 impressora.
- 6 telèfons.
- 5 reposapeus.
- 1 armari gran.
- 2 armaris petits.

6. Comunicació amb l'àrea

Per qualsevol consulta tenim disponibles els següents correus i telèfons:

- Qualitat:
 - Correu: qualitat@csgm.cat
 - Telèfon: 1272 i 2777
- Seguretat del pacient:
 - Correu: nrubi@csgm.cat
 - Telèfon: 1146
- Acreditació:
 - Correu: acreditaciohospitalaria@csgm.cat
 - Telèfon: 1274



- Infeccions:
 - Correu: evidaldi@csgm.cat / sgil@csgm.cat / tbc@csgm.cat
 - Telèfon: 1163 – 1233

7. Els sistemes informàtics de l'àrea

- Tesis.
- Tràfic de Pacients.
- Microsoft Office (Word, Excel, Power Point, Access).
- Progama SNI SP (notificació d'incidents) del Departament de Salut.
- Plataforma d'aplicacions pel control de la infecció del Departament de Salut.
- Plataforma d'acreditació hospitalària del Departament de Salut (PADS).
- Plataforma QC Seguretat del Pacients del Departament de Salut..
- Outlook.
- ZOOM.
- TEEMS.

B. Memòria científica l'àrea

8. Cursos, Jornades, Sessions, Congressos i Comunicacions rebudes.

Elena Vidal:

- "IX Jornada sobre el acceso vascular para hemodiálisis en el vallès oriental. I reunió anual grup treball accés vascular societat catalana de nefrologia" , 29 de febrer de 2024, Hospital de Mollet.
- Jornada de novedades regulatorias para desinfectantes de uso hospitalario, 13 de febrer 2024, Hotel Eurostars Grand Marina Hotel 5* GL, Barcelona.
- XXIV Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial. Abordatge integrat de la persona: Posem el focus en les transicions assistencials?, 06/06/2024, Girona.
- 9a edició de la Mostra d'Entitats de Mataró, ciutadania activa i projectes comunitaris, 05/10/2024, Mataró.
- Edició de vídeos amb el mòbil, setembre 2024, Hospital de Mataró.

Erola Gonzàlez:

- Jornada: 5a Jornada del Comitè d'Ètica del Consorci: Intel·ligència artificial aplicada a l'entorn de la salut. Problemes bioètics, reptes i discerniment, 07/05/2024, Hospital de Mataró.



- Curs: Mysirius. Monitorització de la temperatura de les neveres, 24/10/2024, Hospital de Mataró, via zoom
- Curs: Prevenció de l'assetjament Sexual i per raó de sexe, 24/10/2024 al 28/11/2024, UCF-On-line.
- Sessió Formativa: Norma ISO 9001:2015 a implementar al Servei d'UCSI, 15/10/2024, Hospital de Mataró.

Manuela Torres:

- Taller: Salut i teatre, 10/04/2024, Hospital de Mataró.
- Jornada: 5a Jornada del Comitè d'Ètica del Consorci: Intel·ligència artificial aplicada en l'entorn de la salut. Problemes bioètics, reptes, i discerniment, 07/05/2024, Hospital de Mataró.
- Jornada: XV Jornadas AAS: profesionales esenciales en entornos sanitario, 16/05/2024 - 17/05/2024, Palau Firal i de Congressos de Tarragona.
- Jornada: XXIV Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial. Abordatge integral de la persona: Posem el focus en les transicions assistencials, 06/06/202, Palau de congressos de Girona.
- Curs: Formació processos, 23/10/2024, Hospital de Mataró.

Núria Rubí:

- ASSISTENT A: XXIV Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial. "Abordatge integrat de la persona: Posem el focus en les transicions assistencials?", 6 juny 2024, "Societat Catalana de Q.A. Institut Català de la Salut de Girona que ha tingut lloc a Palau de Congressos de Girona.
- ASSISTENT A: Jornada Reptes d'Infermeria: Expertesa, tecnologia i humanització per a una millora continua, 15 maig 2024, Acadèmia de les ciències mèdiques. Hospital de Mataró.
- ASSISTENT A: Organitzacions confiabls. Estratègies de suport a les víctimes d'esdeveniments adversos, 26 novembre 2024, organitzada per La Unió, Associació d'Entitats Sanitàries i Socials.
- FORMACIÓ ONLINE: Pla de Salut de Catalunya 2021-2025 " Novembre 2024 on-line. Departament de salut.
- ASSISTENT A: 5a Jornada del Comitè d'Ètica del Consorci: Intel·ligència artificial aplicada en l'entorn de la salut. Problemes bioètics, reptes i discerniment, 7 Maig 2024, Hospital de Mataró.

Sara Gil:

- Sessió: Desinfectants d'ús hospitalari: com interpretar la fitxa tècnica (ACICI), 14/03/2024 COIB, Barcelona.
- Jornada: Dia Mundial de la Tuberculosi 20/03/2024, COMB, Barcelona.



- Jornada Reptes d'Infermeria: Expertesa, humanització i tecnologia per a la millora contínua, 15/05/2024, H Mataró.
- Reanimació Cardiopulmonar amb Desfibril·lador extern semiautomàtic, 25/09/2024 Hospital Mataró.
- Vídeo con Mòvil, 10-17 i 24/10/24, H Mataró.

Thaïs Herrera:

- Curs: Reanimació cardiopulmonar (RCP) Bàsica + desfibril·lador extern semiautomàtic (DESA), 25/09/2024, Hospital de Mataró.

9. Cursos, Jornades. Congressos o Comunicacions impartides (com a docents)

Elena Vidal:

- Moderadora: IX Jornada sobre el acceso vascular para hemodialisis en el Vallès Oriental, 29/02/2024, Hospital Universitari de Mollet.
- Sessió: Desinfectants d'ús hospitalari: com interpretar la fitxa tècnica (ACICI)
- Sessió formativa: Protocol del quiròfan contaminat i amb mesures de precaució, 19/01/2024, Hospital de Mataró.
- "Curs: Maneig i seguretat del pacient en l'assistència per auxiliars sanitaris, 20/23 de maig 2024, Hospital de Mataró.
- Comunicació: Cómo hacer plantillas de Guías asistenciales más atrayentes en un centro sanitario. Presentat XV Jornadas nacionales de la asociaciones de administrativos sanitarios, 17/05/2024, Tarragona.
- "Presentació oral: ADECUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL BUNDLE DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL LUGAR QUIRURGICO. PROGRAMA VINCat. XI Jornada Nacional y IX Jornada Catalana de ACICI, "Prevención y control de la infección: El paciente, nuestra prioridad", 14/05/2024, Tarragona.
- "Presentació oral: Adequació del compliment del bundle de mesures de prevenció de la ILQ. Programa VINCat. 1ª MARATÓ CIENTÍFICA. Hospital de Mataró", 20/06/2024, Hospital de Mataró.
- "Presentació oral: Hem substituït la higiene de mans per l'ús dels guants? 1ª Marató científica. Hospital de Mataró", 20/06/2024, Hospital de Mataró.
- "Presentació oral: PARTICIPACIÓ EN EL PROGRAMA DE FLEBITIS ZERO 2023-2024, 1ª MARATÓ CIENTÍFICA. Hospital de Mataró", 20/06/2024, Hospital de Mataró.
- "Poster: HEM SUBSTITUÏT LA HIGIENE DE MANS PER L'ÚS DELS GUANTS? XXIV Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial. Abordatge integrat de la persona: Posem el focus en les transicions assistencials?", 06/06/2024, Girona.
- Comunicació: ¿Hemos sustituido la higiene de manos por el uso de los guantes? Un nuevo reto inesperado y difícil XL Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial 16-17 i 18 doctubre 2024, Las Plasmas de Gran Canaria.



- Sessió: Acompliment de la higiene de mans-Bloc quirúrgic Octubre, Hospital de Mataró.
- Sessió: Normativa i circuits de la nova sala DIVAS, Octubre 2024, Hospital de Mataró.
- "Membre del C. Organitzador i C. Científic de XI Jornada Nacional y IX Jornada Catalana de ACICI, "Prevención y control de la infección: El paciente, nuestra prioridad"", 14/06/2024, Tarragona.

Erola Gonzàlez:

- Comunicació Pòster: Cómo hacer plantillas de guías asistenciales más atrayentes en un centro sanitario. (5a autora), 17/05/2024, Tarragona.
- Moderadora: Comitè Científic "Atenció Sanitària i Qualitat Assistencial, 20/06/2024, Hospital de Mataró.
- Comunicació oral: Comitè Científic "Atenció Sanitària i Qualitat Assistencial". Comunicació: Elaboració d'un format estandarditzat per la gestió documental a l'Hospital de Mataró. (1a autora), 20/06/2024, Hospital de Mataró.
- Comunicació oral: Comitè Científic "Atenció Sanitària i Qualitat Assistencial". Comunicació: Qualitat Assistencial: el repte de l'Accreditació a l'Hospital de Mataró. (2a autora), 20/06/2024, Hospital de Mataró.
- Participació al taller impartit d'Higiene de Mans als ciutadans de Mataró i comarca. 9a edició de la mostra d'Entitats de Mataró, ciutadania activa i projectes comunitaris, 05/10/2024, Plaça Santa Anna. Mataró.

Manoli Torres:

- Sessió Formativa: Norma ISO 9001:2015 a implementar al Servei de Rehabilitació, 11/04/2024, Hospital de Mataró.
- Comunicació Oral: Papel de la secretaría de calidad en la certificación de las normas ISO en centros sanitarios (1er autor). XV Jornadas AAS: profesionales esenciales en entornos sanitarios, 17/05/2024, Palau Firal i de Congressos de Tarragona.
- Comunicació Pòster: Cómo hacer plantillas de guías asistenciales más atrayentes en un centro sanitario (1er autor). XV Jornadas AAS: profesionales esenciales en entornos sanitarios, 17/05/2024, Palau Firal i de Congressos de Tarragona.
- Comunicació Pòster: Hem substituït la Higiene de mans per l'ús dels guants? (3er autor). XXIV Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial. Abordatge integral de la persona: Posem el focus en les transicions assistencial, 06/06/2024, Palau de congressos de Girona.
- Comunicació Pòster: Com fer les plantilles per a guies assistencials més atraients en un centre sanitari (1er autor). XXIV Jornada de la Societat Catalana de Qualitat Assistencial. Abordatge integral de la persona: Posem el focus en les transicions assistencial, 06/06/2024, Palau de congressos de Girona.
- Comunicació Oral: Qualitat Assistencial: el repte de l'Accreditació a l'Hospital de Mataró (3er autor), 20/06/2024, Marató Científica CSdM.



- Comunicació Oral: Elaboració d'un format estandarditzat per la gestió documental a l'Hospital de Mataró (2n autor), 20/06/2024, Marató Científica CSdM.
- Comunicació Oral: Participació en el programa de flebitis zero 2023-2024 (3er autora), 20/06/2024, Marató Científica CSdM
- Comunicació Oral: Adequació del compliment del bundle de mesures de prevenció de la ILQ. Programa VINCat (2n autor), 20/06/2024, Marató Científica CSdM.
- Sessió Formativa: Norma ISO 9001:2015 a implementar al Servei d'UCSI, 15/10/2024, Hospital de Mataró.
- Comunicació Oral: ¿Hemos sustituido la higiene de manos por el uso de los guantes? Un nuevo reto inesperado y difícil (4rt autor). XL Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, 16/10/2024, Palacio de Congresos de Canarias.

Núria Rubí:

- Càpsules formatives: Seguretat Pacients, 02/04/2024 i 05/04/2024, Hospital de Mataró.
- Sessió: Identificació pacients en àrees administratives 02/04/2024 Hospital de Mataró.
- Càpsules formatives: Seguretat Pacients, 11/04/2024, CAP Argenton.
- PRESENTACIÓ POSTER: Estem lluny d'una adequada identificació del pacient, 6 juny 2024, Societat Catalana de Q.A. Institut Català de la Salut de Girona que ha tingut lloc a Palau de Congressos de Girona.
- PRESENTACIÓ DE POSTER: Estratègia per la detecció i maneig del risc vital a les unitats d'hospitalització d'un centre sanitari de referència comarcal, 6 juny 2024, Societat Catalana de Q.A. Institut Català de la Salut de Girona que ha tingut lloc a Palau de Congressos de Girona
- COMUNICACIÓ ORAL: DE L'ASSISTÈNCIA A LA INNOVACIÓ: Teràpia d'oxigen segura, nou projecte de llarg recorregut, 20 juny 2024, Hospital de Mataró.
- COMUNICACIÓ ORAL: Implementació del risc vital. Fase I, 20 juny 2024, Hospital de Mataró.
- DOCENT EN: Maneig i seguretat del pacient en l'assistència per auxiliars sanitaris, 22 i 23 maig 2024, Hospital de Mataró.
- ORGANITZACIÓ I PONENT EN: Jornada d'infermeria al dia amb: Quines estratègies pot adoptar infermeria per fomentar la pro activitat en la presa de decisions?, 29 maig 2024, Hospital de Mataró.

Sara Gil:

- Maneig i seguretat del pacient en l'assistència per auxiliars sanitaris, 22/05/2024 Hospital Mataró.
- Programa d'ampliació de les competències en la pràctica clínica: Precaucions estàndard, 06/06/2024, Hospital Mataró.
- Presentació comunicació oral: Observación del uso de guantes clínicos: conocer situaciones del uso inadecuado en ámbito hospitalario ACICI, 14/06/2024, Tarragona



- Presentació a ABS Mataró Centre del Circuit de pacients de TBC en l'Àrea Metropolitana del Maresme Central, 25/09/2024, ABS Mataró Centre
- Taller d'Higiene de mans als ciutadans de Mataró i comarca(9^a ed. Mostra d'entitats de Mataró), 11/10/2024, Plaça Sta Anna Mataró.

Thais Herrera:

- Comunicació Oral: 1a Marató científica. Qualitat assistencial: el repte de l'Accreditació a l'Hospital de Mataró" (1a autora), 20/06/2024, Hospital de Mataró
- Comunicació Oral: 1a Marató científica. Elaboració d'un format estandarditzat per la gestió documental a l'Hospital de Mataró" (3a autora), 20/06/2024, Hospital de Mataró

C. Memòria Comitès / Comissions

10. Quadre de les Comissions, comitès, Grups de Treball i Grups de Millora del 2024

Núm.	Equip	Responsables
	Comissions assistencials	
1.	Comissió d'Infeccions	M ^a Fernanda Solano
2.	Comissió de Mortalitat	Montserrat Mauri
3.	Comitè de Farmacoterapèutica	Begoña Garcia
4.	Comissió d'incidents de Medicació	Raquel Merino
5.	Comitè d'hemoderivats	Esther Plensa
6.	Comissió de Risc Vital	Juan Méndez
7.	Comissió de Nutrició	Maria Roca
8.	Comissió de Nafres	Yolanda Holguín
9.	Comissió de Dolor	Elisa Reñe
10.	Comissió Codi ICTUS	Ernest Palomeras
11.	Comissió de Malaltia tromboembòlica	Conxita Falgà



12.	Comitè de Sòl Pelvià	Pendent
13.	Comissió de Seguretat Perinatologia	Eduard Lobera
14.	Comissió Fàrmacoterapèutica del Maresme Central	David López
	Comissions de Qualitat, pròpiament	
15.	Comissió de Qualitat i Seguretat	Núria Rubí Andreu Aloy
16.	Comitè de Qualitat ISO d'UCSI	Eva Garcia Daniel Neira
17.	Comitè de Qualitat ISO de Farmàcia	Raquel Merino Lluís Campins
18.	Comitè de Qualitat ISO de Rehabilitació	Rosana Boada Eulogio Pleguezuelos
19.	Comitè de Qualitat ISO de Qualitat i Planificació	Manuela Torres
20.	Comissió de Qualitat i Seguretat Urgències Pediàtriques	Julio Baena

	Comitè d'Ètica Assistencial	
21.	Comitè d'Ètica Assistencial	Virginia Casado

	Comitès de Tumors	
22.	Comitè de CCR	
23.	Comitè de Hepato-biliar	
24.	Comitè de Psicosocial	
25.	Comitè de Pulmó	
26.	Comitè de ORL	
27.	Comitè de Esòfago-Gàstric	
28.	Comitè de Mama	
29.	Comitè de Ginecologia	



30.	Comitè de Urologia	
-----	--------------------	--

Comissions i comitès: Gestió del Coneixement		
31.	Comissió de simulació	Mònica Alapont Mari de la Torre
32.	Comitè d'Ètica i investigació en medicaments (CEIm)	Pere Clavé
33.	Comitè de Recerca	Pere Clavé
34.	Comitè d'Innovació	Pendent
35.	Comitè de Docència	Esther Mans

Comissions tècniques: estructures i equipaments		
36.	Comissió d'Obres	Pendent
37.	Comissió de compres	Pendent

Grups de Treballs Assistencials		
38.	Grup de treball ILQ cirurgia colorectal	M ^a Fernanda Solano
39.	Grup de treball ILQ COT	M ^a Fernanda Solano
40.	Grup de treball PROA Comunitari	David López
41.	Grup de treball PROA Sociosanitari	Pirozzo Hernán Gerardo
42.	Grup de treball PROA Hospitalari	M ^a Fernanda Solano
43.	Equip de Control d'Infeccions (ECI)	M ^a Fernanda Solano
44.	Unitat Funcional de Seguretat de Pacients a l'Atenció Primària	Núria Rubí Andreu Aloy

11. Comitès de Seguiment

Veure la memòria als Comitès de seguiment: [link](#)



D. Indicadors claus

12. IAMETRICS

- Mortalitat taxa bruta: 2,8% (3,2%)
- Índex de Mortalitat Ajustat per Risc (IMAR): 0,6138 (0,7813)
- Índex de Complicacions Ajustades per risc (ICAR): 1,1683 (0,8426)
- Readmissions taxa bruta: 8,7% (8,1%)
- Índex de Readmissions Associades per risc (IRAR): 0,8773 (0,9105)
- Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) Taxa bruta de substitució: 87,2% (86,1%)
- Índex de Cirurgia sense ingrés ajustat (ICSIA): 1,0163 (1,0141)

Entre parèntesis hi ha les dades del 2023.

13. Quadre Comandament de Seguretat de Pacients 2024 (pàgina següent)



**CONSORCI SANITARI
DEL MARESME**

2024 - Indicadors QC Seguretat Pacients AE

Gener-Desembre 2024

Codi	Nom Indicador	Llindar recomenat	Resultats	Fonts informació	Comentaris
SP 01.1P	Implantació d'un protocol de prevenció i tractament d'úlceres per pressió	100%	100,00%	Referent seguretat	
SP 01.2P	Valoració del risc d'úlceres per pressió.	95%	Hospitalització: 80,38% UCI: 51,35% TOTAL: 78,97%	QC Qualitat	Hospitalització: 8.780 pacients amb constància escrita / 10.923 pacients avaluats amb +24h ingrés. UCI: 286 pacients amb constància escrita / 557 pacients avaluats amb +24h ingrés. TOTAL: 9.066 pacients amb constància escrita / 11.480 pacients avaluats amb +24h ingrés
SP 01.3P	Úlceres per pressió relacionades amb l'atenció sanitària (nosocomials)segons el grau	6-8%	Hospitalització: 0,13% Grau I: 0,05% Grau II: 0,07% Grau III: 0% Grau IV: 0%	QC Qualitat	Hospitalització: • GRAU I: 5 pacients amb UPP / 9.292 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU II: 7 pacients amb UPP / 9.292 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU III: 0 pacients amb UPP / 9.292 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU IV: 0 pacients amb UPP / 9.292 pacients avaluats amb +2-3 dies d'ingrés



			<p>UCI: 2,43% Grau I: 1,12% Grau II: 1,31% Grau III: 0% Grau IV: 0%</p>		<p>UCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GRAU I: 6 pacients amb UPP / 534 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU II: 7 pacients amb UPP / 534 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU III: 0 pacients amb UPP / 534 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU IV: 0 pacients amb UPP / 534 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés
			<p>TOTAL: 0,25% Grau I: 0,11% Grau II: 0,14% Grau III: 0% Grau IV: 0%</p>		<p>TOTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GRAU I: 11 pacients amb UPP / 9.826 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU II: 14 pacients amb UPP / 9.826 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU III: 0 pacients amb UPP / 9.826 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés • GRAU IV: 0 pacients amb UPP / 9.826 pacients avaluats amb +2 3 dies d'ingrés
SP 02.1P	Valoracions del risc de caigudes	90%	78,37%	QC Qualitat	9.643 pacients factors de risc de caiguda / 12.305 pacients avaluats amb +24h ingrés (Sense pediatria)
SP 02.2P	Caigudes en pacients hospitalitzats	<2 caigudes per 1000 estades	2,43‰	QC Qualitat	232 caigudes / 95.612 estades avaluades (Sense pediatria)
SP 02.3P	Caigudes amb lesió en pacients hospitalitzats	<0,6 caigudes amb lesió per 1000 estades	0,94‰	QC Qualitat	Segons gravetat de les lesions per caiguda: Lesió menor: 37,93% (88 caigudes) Lesió major: 0,86% (2 caigudes) Mort: 0% Total caigudes: 232 90 caigudes amb lesió / 95.612 estades avaluades
SP 03.1P	Implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	100%	Seguretat Àrea Quirúrgica	
SP 03.2P	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	75,29%	Seguretat Àrea Quirúrgica	Total la Cirurgia major, excepte cesarea 8.458 intervencions que s'aplica llista de verificació quirúrgica / 11.233 pacients avaluats
SP 03.3P	Avaluació de l'aplicació de tots els ítems que inclou la llista de verificació de	100%	63,38%	Seguretat Àrea Quirúrgica	5.361 llistes aplicació ítems que inclou llista verificació de seguretat quirúrgica / 8.458 llistes avaluades

Memòria. Any 2024



	seguretat quirúrgica				
SP 04.1P	Transfusió errònia per identificació inadequada del pacient	0,1	0,0‰	Comitè Transfusió	0 transfusió errònia / 5.492 transfusions realitzades
SP 05.1P	Professionals que han realitzat formació sobre higiene de les mans		12,03%	Estratègia higiene de mans	244 professionals formació presencial / 2.078 professionals 6 professionals formació a distància / 2.078 professionals
SP 05.2P	Professionals que han realitzat activitats formatives sobre els 5 moments en HM (utilització de l'eina de l'OMS)		5,58%	Estratègia higiene de mans	116 professionals activitats formatives 5 moments HM / 2.078 professionals
SP 05.3PB	Llits amb preparats de base alcohòlica al punt d'atenció		Hospitalització: 85,37% UCI: 100% Total: 86,67%	Estratègia higiene de mans	Hospitalització: 245 llits-lliteres-incubadores amb dispensador / 287 llits-lliteres-incubadores a l'hospital (s'exclou PSQ i UCI) UCI: 28 llits-lliteres-incubadores amb dispensador / 28 llits UCI Total: 273 llits-lliteres-incubadores amb dispensador / 315 llits
SP 05.4P	Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans (Litres/estades)	Hospitalització: >30L per 1000 estades UCI: >80L per 1000 estades	Hospitalització: 14,05 L UCI: 56,79 L Total: 16,45 L	Estratègia higiene de mans	Hospitalització: 1.279,6 L PBA lliurats unitats / 91.037 estades UCI: 307,5L PBA lliurats / 5.414 estades Total: 1.587,1 L PBA lliurats / 96.451 estades
SP 05.5PA	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment dels 5 moments en higiene de les mans (o d'alguns dels 5 moments) segons criteris de l'OMS'	60%	Hospitalització: 40,17% UCI: 57,28% Total: 41,89%	Estratègia higiene de mans	Hospitalització: 372 accions realitzades d'HM / 926 oportunitats UCI: 59 accions realitzades d'HM / 103 oportunitats Total: 431 accions realitzades d'HM / 1.029 oportunitats
SP 05.5PB	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment en higiene de les mans amb un preparat de base alcohòlica?	60%	Hospitalització: 37,15% UCI: 53,40% Total: 38,78%	Estratègia higiene de mans	Hospitalització: 344 accions d'HM realitzades amb PBA / 926 oportunitats UCI: 55 accions d'HM realitzades amb PBA / 103 oportunitats Total: 399 accions realitzades d'HM / 1.029 oportunitats
SP 05.6P	L'hospital ha realitzat l'autoavaluació en HM segons els criteris de l'OMS	100%	Intermedi	Estratègia higiene de mans	Autoavaluació: realitzada Nº autoavaluacions: 1 Resultat: Intermedi Pla actuació HM: sí, segons els criteris per l'OMS en relació al resultat del qüestionari d'autoavaluació (insuficient o bàsic, intermedi i avançat/ lideratge)

Memòria. Any 2024



SP 05.7P	L'hospital disposa d'un sistema prospectiu que mesuri la infecció relacionada amb l'atenció sanitària	100%	Autoavaluació: realitzada Nº autoavaluacions: 1 Resultat: Intermedi Pla actuació HM: sí, segons els criteris per l'OMS en relació al resultat del qüestionari d'autoavaluació (insuficient o bàsic, intermedi i avançat/ lideratge)	Comitè Infeccions	VinCat / Envin-UCI / Bacterièmia Zero UCI / Pneumònia Zero UCI / Resistència Zero UCI / Flebitis Zero/ PREVINQCAT
SP 05.8PA	Pneumònia associada a ventilació mecànica a les UCIs en adults	< 9 episodis per 1.000 dies de ventilació mecànica	2,54%	Envin	1 episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica * 1.000 / 393 dies de ventilació mecànica.
SP 05.9PA	Existència d'un protocol de profilaxi antibiòtica en intervencions quirúrgiques	100%	100%	Comitè Infeccions	Document: sí Sistema que avalui la implantació: sí
SP 06.1AP	Existència d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc	100%	75,00%	Comitè errors de medicació	12 respostes positives / 16 preguntes realitzades
SP 06.2PA	Implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients	100%	100%	Comitè errors de medicació	Protocol de conciliació terapèutica per a pacients en programes PCC / MACA que hagin cursat alta d'hospitalització d'aguts i/o socio-sanitari.
SP 06.2PB	Grau d'implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients	100%	100%	Comitè errors de medicació	98 pacients alta amb conciliació de la medicació / 98 pacients avaluats donats d'alta
SP 06.3PA	Aplicació del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" durant els dos últims anys	100%	79,17%	Comitè errors de medicació	Qüestionari realitzat al 2024
SP 06.6P	Desenvolupament d'un programam d'optimització de l'ús d'antibiòtics (PROA)	100%	84,61%		11 respostes positives / 13 preguntes realitzades
SP 07.1P	Existència d'un protocol per a la identificació inequívoca de pacients	100%	100%	Referent seguretat	Protocol de identificació inequívoca.
SP 07.2P	Grau de cobertura de la identificació	95%	98,82%	Referent	5.023 pacients correctament identificats / 5.083 pacients avaluats

Memòria. Any 2024



	inequívoca de pacients			seguretat	
SP 07.3P	Existència d'un protocol per a la identificació activa de pacients en situació de risc	100%	100%	Referent seguretat	
SP 07.4P	Grau d'acompliment de la identificació activa dels pacients en situació de risc.	95%	Hospitalització: 28,44% H. Dia: 0% UCI: 30,76% Urg, UCSI, BQ: 43,95% TOTAL: 32,29%	Referent seguretat	Àrea d'Hospitalització: 128 oportunitats que es realitza identificació activa pacients en situació de risc / 450 total de situacions de risc observades Hospital de dia: 0 oportunitats que es realitza identificació activa pacients en situació de risc / 0 total de situacions de risc observades UCI: 20 oportunitats que es realitza identificació activa pacients en situació de risc / 65 total de situacions de risc observades Urgències, UCSI, BQ: 69 oportunitats que es realitza identificació activa pacients en situació de risc / 157 total de situacions de risc observades TOTAL: 217 oportunitats que es realitza identificació activa pacients en situació de risc / 672 total de situacions de risc observades
SP 07.5P	Existència d'un protocol d'identificació, presa, maneig i trasllat de proves biològiques	100%	100,00%	Comitè Transfusió	Document: sí Sistema que avalui la implantació: sí
SP 10.1P	Existència d'un pla de seguretat i de manteniment	100%	100%	Servei Prevenció/Obres y manteniment	Document: sí Sistema que avalui la implantació: sí
SP 13.1P	Professionals formats en seguretat dels pacients		21,15%	Formació	406 professionals formats / 1.920 professionals sanitaris



SP 13.2P	Formació en seguretat dels pacients en el programa de formació sanitària especialitzada	100% residents 100% tutors	<p>Pràctica d'higiene de mans: 81,25% Residents 0% Tutors</p> <p>Ús segur de medicació d'alt risc: 81,25% Residents 0% Tutors</p> <p>Conciliació de medicació a l'alta: 81,25% Residents 0% Tutors</p> <p>Aplicació de la LVSQ: 81,25% Residents 0% Tutors</p> <p>Id. Activa dels pacients en situació de risc: 81,25% Residents 0% Tutors</p> <p>Notificació d'incidents/esdeveniments adversos: 81,25% Residents 0% Tutors</p>	Docència i Formació	13 residents formats/ 16 residents que finalitzen la seva formació. 0 tutors formats / 22 tutors.
SP 14.1P	Queixes i reclamacions sobre aspectes de seguretat dels pacients		0,35%	UAU	4 reclamació sobre seguretat / 1.146 reclamacions Hospital
SP 15.1P	Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals a la formació contínua sobre seguretat dels pacients	100%	18%	Qualitat/Seguretat	El centre fomenta l'accés dels professionals a la formació contínua. 406 professionals perceben que el centre fomenta la formació sobre seguretat dels pacients / 2.307 professionals enquestats
SP 16.1P	Sessions formatives per a pacients i familiars en seguretat dels pacients		21		21
SP 17.1P	Gestió dels incidents / esdeveniments adversos notificats		60,94%	SNISP	220 EA tancats / 361 EA notificats
SP 17.2P	Esdeveniments adversos de risc extrem notificats que generen un pla de millora	100%	100%	SNISP	4 pla de millora / 4 esdeveniment risc extrem 2 dins dels 45 dies hàbils de l'EA o de conèixer l'esdeveniment 2 després dels 45 dies hàbils de l'EA o de conèixer l'esdeveniment

Memòria. Any 2024



SP 18.1P	El quadre de comandament de l'hospital inclou indicadors de seguretat dels pacients per avaluar-los, revisar-los i proposar millores	100%	100%	UGI	El QC inclou indicadors de seguretat: sí
SP 21.1P	L'hospital disposa d'un Pla de seguretat dels pacients	100%	100%	Qualitat/Seguretat	Document: sí Sistema que avaluï la implantació: sí
SP 26.1P	Taxa de rebuig d'imatges o de repetició d'imatges		13,77% (sistemes digitals)	Radiologia	18.826 Imatges obtingudes amb sistemes digitals que són rebutjades / 136.712 Imatges obtingudes amb sistemes digitals
SP26.1AP	Justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en adults	≤ 10% en adults (> 14 anys)	100%	Radiologia	0 Proves demanades en població adulta que utilitzen les radioacions ionitzants avaluades i són rebutjades / 10 proves demanades en població adulta que utilitzen les radiacions ionitzants
SP 26.2BP	Justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en infants	≤ 5% en població pediàtrica (≤ 14 anys)	100%	Radiologia	0 Proves demanades en població pediàtrica que utilitzen les radioacions ionitzants avaluades i són rebutjades / 7 proves demanades en població pediàtrica que utilitzen les radiacions ionitzants
SP 26.3P	Consentiment informat en procediments intervencionistes amb risc radiològic elevat	100%	100%	Radiologia	10 procediments de risc amb consentiment informat complet / 10 nombre total de procediments de risc realitzats



CONSORCI SANITARI DEL MARESME

14. Infeccions

- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de còlon: **4,5%** (3,7%)
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de recte: **3,7%** (23,1%)
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis maluc: **0,0%** (0,7%)
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis genoll: **0,0%** (0,4%)
- Bacterièmia per infecció de Catèter Venós Central (CVC) associada a Nutrició Parenteral (NP) BAC-CVC / Núm. dies de NP: **1,02%** (0,98%)
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia colo-rectal: **85%** (70%)
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia protètica total: **93%** (89%)

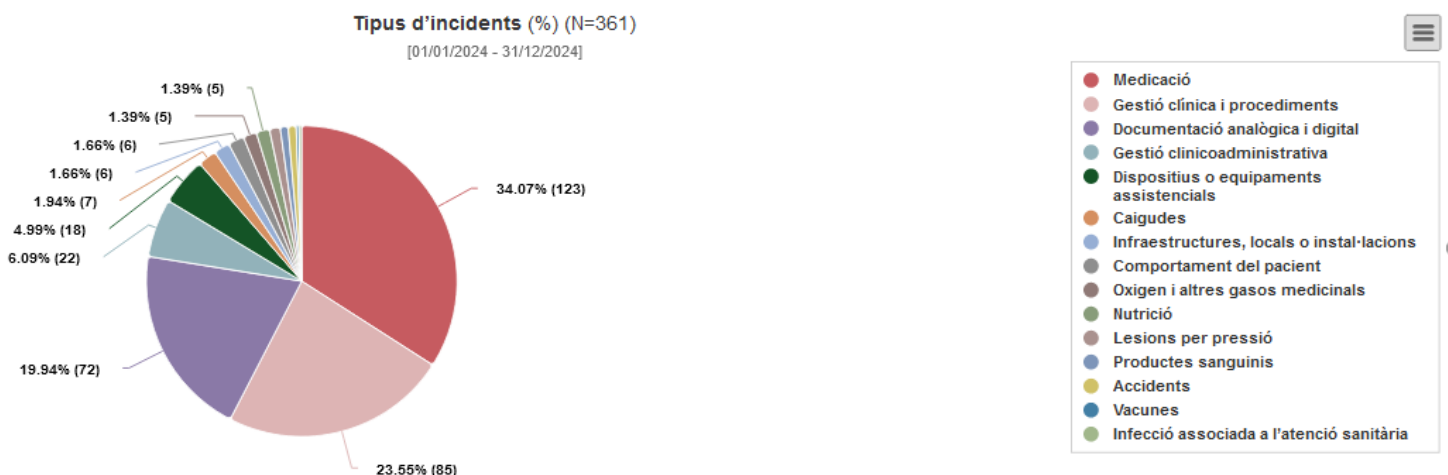
*Entre parèntesis, resultats de l'hospital de 2023

E. Seguretat del Pacient

15. Esdeveniments Adversos.

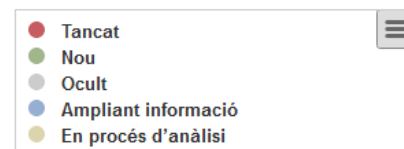
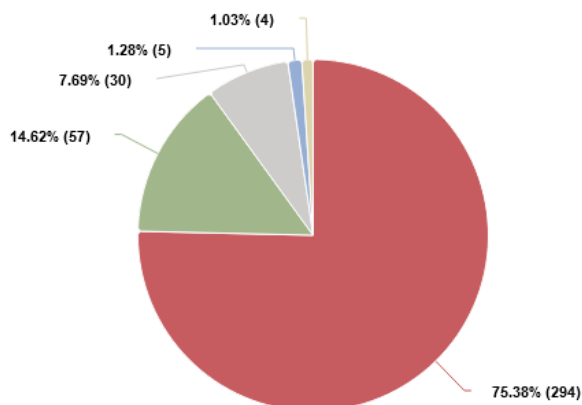
Les notificacions dels esdeveniments adversos s'han realitzat a la plataforma SNiSP del Departament de Salut.

Durant aquest any s'han notificat 361 esdeveniments adversos, 345 a l'hospital d'aguts, 10 als centres d'Atenció Primària, 6 a Sociosanitari.

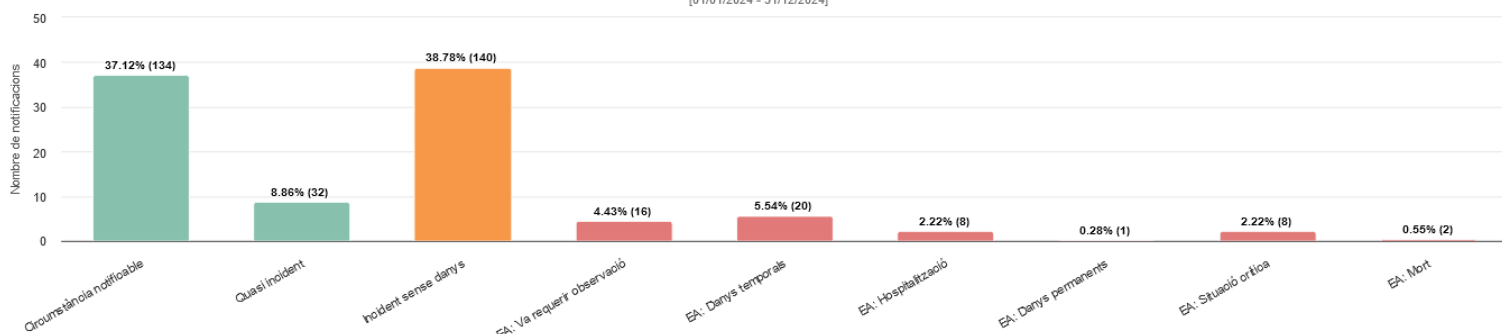




Estat dels incidents (%) (N=390)
[01/01/2024 - 31/12/2024]



Classificació dels incidents segons la gravetat. Gràfic 1 (%) (N=361)
[01/01/2024 - 31/12/2024]



16. Anàlisi Causa-Arrel (ACA)

S'han realitzat 12 ACA durant el 2024:

Nom dels ACA:

1. PCR VESTÍBUL
2. AMPUTACIÓ
3. ANEURISME URGÈNCIES
4. ENNUEGAMENT SALUT MENTAL
5. FRACTURA CLAVÍCULA
6. HIPERNATRÈMIA PNEUMÒNIA
7. HIPOGLUCÈMIA
8. KRABBE
9. POLINEUROPATIA GB
10. RTU
11. SAGNAT PARELLA



12. TROMBOSI SUBCLAVIA

17. Rondes de Seguretat a l'UCI.

Aquest 2024 s'han implementat les rondes de seguretat de l'UCI. A continuació s'exposa l'informe de tancament 2024.

TANCAMENT RONDES DE SEGURETAT. UCI . 2024

Reunió: de la Torre, Mari; Anglade, Ivana; Vidal, Elena; Rubí, Núria; Aloy, Andreu
Dia: 16/01/2025 Sala de reunions UCI

Temàtica

Resultats de l'activitat de les Rondes de seguretat portades a terme a la UCI durant l'any 2024.

Objectiu

Avaluar el compliment dels indicadors assignats per a les Rondes de seguretat de la UCI del 2024.

Reflectir observacions relacionades amb la seguretat que s'han plantejat durant les Rondes de seguretat.

Contingut

1. **Indicadors observats en les Rondes de Seguretat.** S'han descrit i acordat conjuntament amb Cap mèdic de la UCI , Cap d'Infermeria de la UCI, Cap de Qualitat i Planificació, Referent d'Infeccions de l'Àrea de Qualitat i Referent de la Seguretat del Pacient de l'Àrea de Qualitat.

I són els següents:



Indicadors clau	Variables
Capçal elevat mínimament	Capçal elevat: <ul style="list-style-type: none"> . Nivell dels llits $\geq 10^\circ$ en pronó . Nivell dels llits $\geq 30^\circ$ en supí
Adequació del sondatge: indicació (1 dels 3 com a mínim), i manteniment de la sonda, en el moment de la ronda (si la indicació de retirar és del dia de l'observació es valorarà com a positiu, ja que es realitza la retirada a la nit)	Indicació: <ul style="list-style-type: none"> . Coma (Sedat) / Agitació / Desorientació / confort pacient pal·liatiu . Control de diüresi . Patologia urològica
	Manteniment / cura: <ul style="list-style-type: none"> . Per sobre de la cama del pacient i la bossa ha de ser de circuit tancat (observació directe)
Observació d'un aïllament correcte (els 2 correctes) en el moment de la ronda, segons la TAULA RESUM d'aïllaments	. Identificació adequada de l'aïllament (no es valorarà si la porta està tancada o oberta)
	Material adequat en una tauleta segons protocol
Adequació de cadascun dels catèters: central i perifèric (a criteri professional extern expert), si el porta sense necessitat 0; si el porta amb necessitat = 1	. Necessitat adequada de portar catèter central o PICC (mèdic)
	. Necessitat adequada de portar catèter perifèric-MIDLINE (infermeria)
Manteniment adequat de cadascun dels catèters, si 2 adequats i 2 no = 0,5	Cada catèter ha de complir amb tots els següents 3 punts: <ul style="list-style-type: none"> . Apòsit net i enganxat. . Sense excés de claus (foto estàndard). . Identificada la data del canvi d'apòsit i de línia de sèrum. 2 mesures correctes/1 Incorrecta: ha de quedar enregistrada la mesura incorrecta
Nivell de sedoanalgesia i deliri (els tres correctes)	<ul style="list-style-type: none"> . Pacient està SEDAT: ESCID i RASS ADEQUATS (ESCID 0 i RASS segons la situació del pacient) . Pacient està DESPERT: EVA i CAM-ICU ADEQUATS (EVA\leq3 i Indicació CAM-ICU)
Prescripció i administració antibiòtics	Els antibiòtics prescrits coincideixen amb els transcrits a la fulla d'infermeria (si no hi ha prescrit antibiòtic s'observarà un altre fàrmac)
Ventilador en CMV	Pacient està SEDAT: només amb la modalitat assistida (Ppl <30)
Nutrició adequada (Si 1 inadequada = 0,5)	. Deposicions adequades (veure protocol) quan el pacient està amb tractament de nutrició enteral alimentària (exclou la nutrició enteral tròfica)
	Interrupcions i compensacions de la nutrició enteral alimentària (exclou nutrició enteral tròfica)
Acompanyament familiar	Registre telefònic família

Acordant Acompliment global (estàndard $\geq 85\%$)



2. Metodologia:

- a. Observació quinzenal, havent acordat el dia de la setmana, dijous i l'hora aproximada, a partir de les 11h. Iniciant-les el dia 18/04/2024
- b. Les persones que hi han intervingut han estat:
 - i. Dra. M. de la Torre
 - ii. Cap d'àrea d'infermeria, Ivana Anglade
 - iii. Observador extern de l'àrea de Qualitat, Elena Vidal i Núria Rubí
 - iv. I el personal assistencial de la UCI, metges, infermeres, tcas, els residents i estudiants pertinents.

3. Resultats:

- a. Els resultats obtinguts de cada variable són:

Variables	% OK
Capçal elevat: . Nivell dels llits ≥ 10º en prono . Nivell dels llits ≥ 30º en supí	95,65
Indicació: . Coma (Sedat) / Agitació / Desorientació / confort pacient pal·liatiu . Patologia urològica . Control de diüresi	100,00
Manteniment / cura: . Per sobre de la cama del pacient i la bossa ha de ser de circuit tancat (observació directe)	94,29
. Identificació adequada de l'aïllament (no es valorarà si la porta està tancada o oberta)	100,00
Material adequat en una tauleta segons protocol	92,86
. Necessitat adequada de portar catèter central o PICC (mèdic)	95,45
. Necessitat adequada de portar catèter perifèric-MIDLINE (infermeria)	95,35
Cada catèter ha de complir amb tots els següents 3 punts: . Apòsit net i enganxat. . Sense excés de claus (foto estàndard). . Identificada la data del canvi d'apòsit i de línia de sèrum. 2 mesures correctes/1 Incorrecta: ha de quedar enregistrada la mesura incorrecta	88,64 93.18 90.91
. Pacient està SEDAT: ESCID i RASS ADEQUATS (ESCID 0 i RASS segons la situació del pacient) . Pacient està DESPERT: EVA i CAM-ICU ADEQUATS (EVA≤3 i Indicació CAM-ICU)	97,44
Els antibiòtics prescrits coincideixen amb els transcrits a la fulla d'infermeria (si no hi ha prescrit antibiòtic s'observarà un altre fàrmac)	97,44
Pacient està SEDAT: només amb la modalitat assistida (Ppl <30)	100,00
. Deposicions adequades (veure protocol) quan el pacient està amb tractament de nutrició enteral alimentària (exclou la nutrició enteral tròfica)	93,75
Interrupcions i compensacions de la nutrició enteral alimentària (exclou nutrició enteral tròfica)	92,86
Registre telefònic família	100,00



Sent totes les variables > 85%

La Mitjana de compliment és del 95.49 % , avaluant-se com a bon compliment

4. Observacions:

a. Adequació del s.vesical:

En cas de no està indicat per: Coma (Sedat) / Agitació/ Desorientació / confort; pacient pal·liatiu; Control de diüresi o Patologia urològica, però per presència d'úlceres per pressió de grau III , en un pacient aïllat, amb dificultat per a mantenir la pell neta i seca. Dificultat per al manteniment de la cura de la pell, ens fa qüestionar el tall d'avaluació. En aquesta situació es va acordar com a bo, el pla terapèutic del pacient necessitava assegurar la cura de la pell.

b. Registres de deposicions:

Es registra a la gràfica quan el pacient ha realitzat deposició, la valoració es fa per torn. En cas de no deposició es deixa en blanc. El no registre pot generar error, ja que davant un descuit de registre valoraríem no deposició.

→ Es proposa a l'equip de la UCI registrar per torn sigui Sí / NO deposició.

c. Identificació la data del canvi d'apòsit i de línia de sèrum:

L'observació es realitza del que està programat, no es registra l'execució del canvi.

d. Procés de prescripció i administració de medicament :

S'identifica el factor tecnològic, la manca de tecnificació, com a una contribució a l'error en les diferents etapes:

- i. la part de prescripció es porta a terme amb programa informàtic.
- ii. La validació és manual i amb una sola persona.
- iii. els canvis en la prescripció són habituals i l'actualització a la fulla d'infermeria és manual

→ es proposa per part de Seguretat del pacient portar a terme un treball paral·lel per a la millora en la prescripció-administració de medicació a l'UCI.



Conclusions

1. Variables que es deixaran d'observar:

no s'observaran en les RRSS del 2025

Indicadors clau	Variables
Capçal elevat mínimament	Capçal elevat: . Nivell dels llits $\geq 10^{\circ}$ en prono . Nivell dels llits $\geq 30^{\circ}$ en supí
Adequació del sondatge: indicació (1 dels 3 com a mínim), i manteniment de la sonda, en el moment de la ronda (si la indicació de retirar és del dia de l'observació es valorarà com a positiu, ja que es realitza la retirada a la nit)	Indicació: . Coma (Sedat) / Agitació / Desorientació / confort pacient pal·liatiu . Control de diüresi . Patologia urològica
	Manteniment / cura: . Per sobre de la cama del pacient i la bossa ha de ser de circuit tancat (observació directa)
Observació d'un aïllament correcte (els 2 correctes) en el moment de la ronda, segons la TAULA RESUM d'aïllaments	. Identificació adequada de l'aïllament (no es valorarà si la porta està tancada o oberta)
	Material adequat en una tauleta segons protocol
Manteniment adequat de cadascun dels catèters, si 2 adequats i 2 no = 0,5	Cada catèter ha de complir amb tots els següents 3 punts: . Identificada la data del canvi d'apòsit i de línia de sèrum.
Ventilador en CMV	Pacient està SEDAT: només amb la modalitat assistida (Ppl <30)
Nutrició adequada (Si 1 inadequada = 0,5)	Interrupcions i compensacions de la nutrició enteral alimentària (exclou nutrició enteral tròfica)
Acompanyament familiar	Registre telefònic família

2. Propostes de variables per a les RRSS '25

- a. Pneumotaponament
- b. Contencions
- c. Pertinences
- d. Alarmes dels respiradors

3. Procediment de prescripció i administració de medicació.

Es planteja realitzar paral·lel a l'indicador de les RRSS, una observació del procediment de prescripció i administració



18. Atenció a les segones víctimes.

S'ha redactat el [Protocol d'Atenció a les segones víctimes d'un esdeveniment advers](#), amb 41 Casos detectats; Font de coneixement: Seguretat del pacient, Salut laboral, Direcció, professionals assistencials i comandaments.

19. Participacions

Participació en la MARATÓ CIENTÍFICA EN les presentacions:

1. **"De l'assistència a la innovació: teràpia d'oxigen segura, nou projecte de llarg recorregut",**
OBTINGUT el 3r PREMI a la MILLOR COMUNICACIÓ "INNOVADORA", núm. 16 amb 107 punts titulada
2. **Implementació del risc vital. ESCALA NEWS, fase I**
3. **Anàlisi descriptiu dels incidents notificats al Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat dels Pacients al 2023**

Participació en **Infermeria al dia** en l'organització i presentació de:

Sessió " quines estratègies pot adoptar infermeria per fomentar la Proactivitat en la presa de decisions?"

Participació en el **Cafè i ciència**

Sessió: "Thinking out of the box: 3 casos clínics que desafiaran el teu raonament. Què tenen en comú els 3 casos?"

20. UFTSP

Reactivació de la UNITAT FUNCIONAL TRANSVERSAL per a la Seguretat de pacient en l'àmbit de primària del Consorci sanitari del maresme

G. Acreditació Hospital de Mataró

21. Introducció

L'Acreditació dels centres sanitaris a Catalunya consisteix en una avaluació externa de la qualitat assistencial dels centres sanitaris catalans.

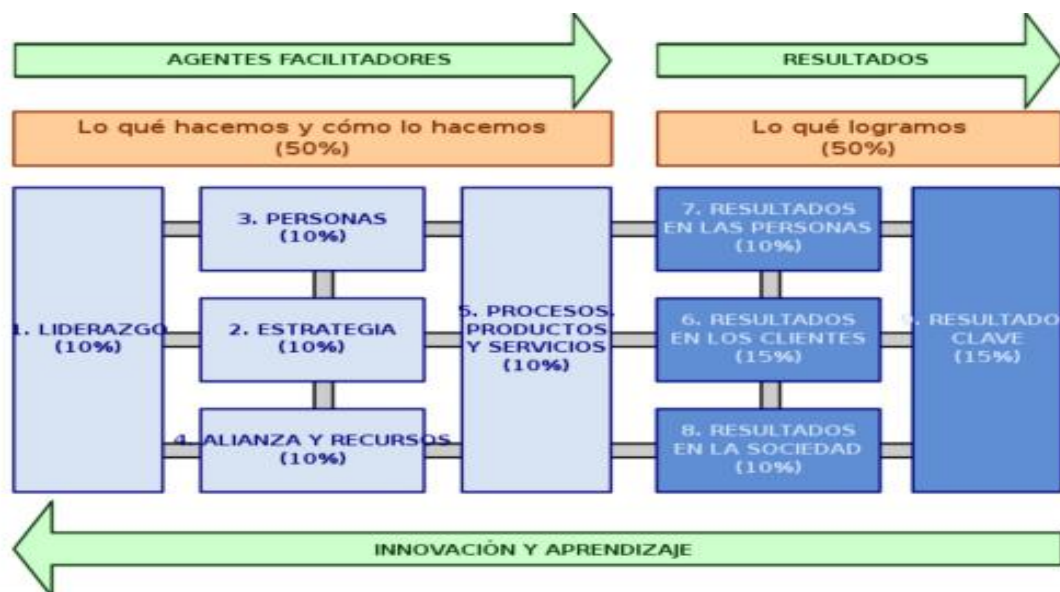
Té com a objectiu l'avaluació global i sistemàtica dels processos i resultats d'una organització i es realitza cada 4 anys.

L'Acreditació avalua un total de **832 estàndards** que recullen aspectes que el Departament de Salut considera essencials, rellevants i imprescindibles per a la realització d'una assistència sanitària de qualitat.

Els processos i criteris avaluats en el model d'acreditació EFQM són:



- **Processos estratègics:** lideratge , estratègia, gestió de les persones, aliances i recursos.
- **Processos clau:** atenció hospitalària, atenció quirúrgica, atenció ambulatoria i atenció d'urgència
- **Processos de suport:** laboratori i ús de sang, ús del medicament, radiodiagnòstic, rehabilitació, nutrició, atenció social.
- **Processos externalitzats:** hostaleria i electromedicina.



Sotmetre'ns a un procés d'Acreditació de la Qualitat en el nostre centre ens permet:

- Conèixer les principals àrees a millorar del centre.
- Definir les accions de millora per a cada estàndard "no assolit" (no aprovat).
- Determinar dates d'entrega/consecució/resolució de les accions de millora.
- Establir un procés de millora continua de la qualitat en el nostre centre.

22. Fases de l'Acreditació a l'Hospital de Mataró 2023-2024

1. Revisió del Manual d'estàndards

L'Àrea de qualitat va revisar els estàndards que s'havien d'avaluar i els va distribuir entre els diferents líders dels processos. Va establir un calendari de reunions anual per anar-los treballant conjuntament (de gener a desembre de 2023)

2. Realització de l'auditoria interna (autoavaluació)

El Departament de Salut demana als centres sanitaris que es volen acreditar que fem prèviament a l'auditoria externa una autoavaluació (auditoria interna) dels mateixos estàndards que s'avaluaran el dia de l'auditoria externa.

Després d'haver-los treballat durant tot l'any 2023 amb els diferents líders, al 2024 ens vàrem autoavaluar a través d'una plataforma informàtica del Departament i vàrem enviar el resultat de la nostra autoavaluació al Departament de Salut.

3. Realització de l'auditoria externa (Departament de Salut)

El Departament de Salut, per mitjà d'una empresa avaluadora externa, va venir a avaluar-nos presencialment a l'Hospital de Mataró els dies 10,11 i 12 de juny de 2024.



4. Emissió de l'informe del Departament de Salut i certificació de l'Hospital de Mataró

23. Resultats

L'HM va obtenir una **puntuació global d'assoliment** de **92.15%** i per tant, vàrem obtenir la **certificació**.

- Els criteris **millor avaluats** van ser:
 - Criteri 2-Estratègia (100.00% d'assoliment).
 - Criteri 1-Lideratge (98.80% d'assoliment).
 - Criteri 3-Persones (98.41% d'assoliment).

- Els criteris **pitjor avaluats** van ser:
 - Criteri 9-Resultats clau (77.10%).
 - Criteri 6-Resultats en els clients (63.16%).
 - Criteri 7-Resultats en les persones (52.38%).

Criteri	Estàndards	Estàndards assolits	Percentatge
Criteri 1. Lideratge	83	82	98.80%
Criteri 2. Estratègia	23	23	100.00%
Criteri 3. Persones	63	62	98.41%
Criteri 4. Aliances i recursos	117	115	98.29%
Criteri 5. Processos, productes i serveis	328	320	97.56%
Criteri 6. Resultats en els clients	19	12	63.16%
Criteri 7. Resultats en les persones	21	11	52.38%
Criteri 8. Resultats en la societat	18	14	77.78%
Criteri 9. Resultats clau	131	101	77.10%
TOTAL AVALUACIÓ	803	740	92.15%

L'informe final d'auditoria va destacar els següents aspectes de l'HM:

Punts forts:

- Organització amb un clar lideratge i un bon desplegament del seu pla estratègic.
- Equip directiu amb alt grau d'implicació, entusiasme i compromís cap a la qualitat assistencial el que es demostra entre altres coses per l'aposta de certificacions i acreditacions en diferents àrees.
- Organització que compta amb diferents nivells assistencials com ara atenció primària, sociosanitària, especialitzada i salut mental el que li permet una especial transversalitat i millor seguiment dels pacients.
- Unitat de qualitat ben dotada i organitzada, orientada a la millora contínua que ha fet una gran feina en el procés d'acreditació.
- Departament de recerca amb alt nivell de desplegament i desenvolupament.
- Procés d'hospitalització ben organitzat i amb implantació de projectes com ara el "Procés del pacient mèdic" que permet millorar la traçabilitat i els resultats d'eficiència.
- Servei de Rehabilitació amb alt nivell d'activitat assistencial que desplega accions de



formació cap als usuaris com ara el “fast track” per a pacients que seran intervinguts de recanvi protètic de maluc i genoll, amb activitat de recerca i alt grau de satisfacció per part dels usuaris.

- Activitats d'integració dirigides a tot el personal amb la finalitat de compartir coneixements, actualitzacions i experiències com ara les sessions mensuals de “café i ciència”.
- Comitè de Consorci Saludable des del 2023, format per diferents professionals de l'organització que han liderat diverses iniciatives.
- Bon seguiment i control dels prestadors assistencials i els subcontractes de cuina, neteja i bugaderia.
- Bon desplegament de sistemes d'informació: BiMaps visió global de l'hospitalització: amb informació clau per assegurar una gestió assistencial satisfactòria. Informació per pacients d'escala de dolor, Barthel, Braden, antibiòtics, News (risc vital), aïllats, disfàgia, entre d'altres i també informació per gestió de llits.

Punts febles:

Servei d'Urgències:

- Reforçar i, en alguns casos actualitzar, la figura de líder o propietari de procés en els processos claus de l'organització (atenció urgent).
- Infradotació d'estructures per a algunes de les activitats del Servei: respectar normes d'intimitat i confidencialitat.
 - Intentar eliminar la ubicació de pacients en els passadissos. Aquesta situació condueix a menors nivells de seguretat el que es veu reflectit en errors de medicació i identificació entre altres.
 - Triatge de pacients que acudeixen amb ambulància en el servei d'urgències que no compleix estrictament amb la normativa de seguretat, intimitat i confidencialitat.
 - Millorar/canviar la zona de triatge de pacients que acudeixen en ambulància.
- Millorar el control de medicaments estupefaents. No es compleix normativa de seguretat per a medicaments estupefaents en el servei d'urgències.
- Valorar la implementació de sistemes que disminueixin l'afluència o atenció de pacients com ara la “derivació inversa”.
- Millorar els temps de triatge com a mesura de seguretat.
- Fer difusió del protocol d'ordres mèdiques al servei.
- Ampliar els indicadors de qualitat orientats a la identificació de punts febles detectats com:
 - sobreprestació de proves diagnòstiques especialment en els nivells 4 i 5 de triatge
 - la variabilitat terapèutica en algunes patologies avaluant per exemple el grau d'adequació a les guies o protocols de la institució.
- Millorar la seguretat dels pacients de salut mental tant per a ells com per als professionals.
- Valorar la re implantació de la figura del “informador en urgències”.



Hospitalització:

- Millorar el sistema de conciliació a l'alta dels pacients i que el registre sigui més fiable.

Àrea ambulatoria/ Consultes externes:

- Infradotació d'estructures per a algunes de les activitats:
 - dimensions estretes, compartida per nombrosos personal administratiu atenent en simultani el que fa difícil la comunicació amb alta contaminació acústica.
- Reforçar i en alguns casos actualitzar la figura de líder o propietari de procés en els processos claus de l'organització (atenció ambulatoria).
- Es recomana la incorporació/ participació de la figura mèdica en el lideratge del procés.
- Incorporar en la cartera de serveis als professionals que realitzen les prestacions.
- Treballar i abordar de manera multidisciplinària (ex amb servei d'urgències i pediatria) l'alt nivell de desprogramació i reprogramació de visites.
- Augmentar el desplegament d'indicadors de qualitat propis de l'àrea (ex. mesurament dels temps d'espera de l'usuari des de la seva arribada fins a ser vist pel professional, audits d'informes de la consulta externa).
- Continuar treballant i consensuant amb atenció primària els criteris de derivació a l'hospital.
- Intercanviar protocols de consens amb altres organitzacions que tinguin alt nivell de desplegament en aquest aspecte.

Unitat d'Atenció al Ciutadà:

- Nivell de satisfacció dels usuaris en nombrosos ítems avaluats per sota de la mitjana d'hospitals de Catalunya.
- Temps de resposta de les reclamacions amb una mitjana que supera els 100 dies. Continuar treballant per millorar els temps de resposta a les reclamacions dels usuaris.

Àrea de Formació:

- Completar els punts que no compleixen amb els estàndards del Pla de Formació.

Direcció de Persones:

- Desenvolupar enquestes o un altre mètode per a conèixer el clima laboral dels treballadors de l'organització i poder actuar en conseqüència si es considera necessari.
- Completar els punts que no compleixen amb els estàndards del Pla de Persones.

Direcció d'infraestructures:

- Incloure responsables d'infraestructures, neteja en la comissió d'infeccions per ser processos de rellevància (compartit Prev. de la Infecció).
- Formalitzar el seguiment de les obres en comitè d'obres amb totes les seves funcions de prevenció i control d'infeccions (compartit amb Prev. de la Infecció).



Servei d'electromedicina:

- Millorar el seguiment i control del manteniment d'equips (electromedicina, finalitzar i consolidar la gestió en GIM) i magatzem.

Servei de Radiodiagnosi:

- Registre insuficient d'alguns indicadors com la demora en lliurament de resultats radiològics.

Servei de Banc de Sang:

- Consolidar la implantació de la sistemàtica de administració de sang segura amb els PDA's.

Àrea quirúrgica i servei d'esterilització:

- Millorar la disciplina, us de gorres personal, higienització mòbil, portes tancades a l'àrea quirúrgica.
- Optimitzar i garantir el sistema de traçabilitat al servei d'esterilització (és recomana digitalització del sistema).
- Incloure responsables d'esterilització en la comissió d'infeccions per ser processos de rellevància (compartit Prev. de la Infecció).

Àrea Prevenció de la Infecció:

- Incloure responsables d'infraestructures, neteja i d'esterilització en la comissió d'infeccions per ser processos de rellevància (compartit amb Direcció Infraestructures i l'Àrea Quirúrgica).
- Formalitzar el seguiment de les obres en comitè d'obres amb totes les seves funcions de prevenció i control d'infeccions (compartit amb Direcció d'Infraestructures).

Àrea de Qualitat:

- Dissenyar el pla de qualitat de l'organització on constin clarament les línies estratègiques, els objectius, plans d'acció, responsables, períodes d'execució i indicadors en els casos que procedeixi.
- Realitzar de manera periòdica (semestral o anual) una avaluació del pla amb la finalitat de conèixer el grau de compliment d'aquest.
- Continuar desplegant accions destinades a la millora del compliment d'indicadors de seguretat com ara el check list quirúrgic, profilaxi antibiòtica, consentiment informat, identificació activa i caigudes.
- Promoure l'activitat de les comissions tècniques i grups de treball, afavorint l'assistència dels treballadors a les reunions, sol·licitant, en els terminis que l'organització determini, les memòries i els objectius anuals. Es recomana difusió dels resultats de manera organitzada i sistemàtica a la resta de l'hospital.
- Reforçar el nucli de seguretat incorporant la figura mèdica en la gestió inicial dels casos.
- Millorar el percentatge de tancament dels esdeveniments adversos.
- Augmentar les anàlisis causa arrel o similar en els casos considerats moderats, greus i de risc extrem.



- Incentivar la cultura de seguretat a través de l'ús del sistema de notificació d'esdeveniments adversos a tots els treballadors.
- Fer difusió periòdica a tot el personal dels resultats de l'àrea i en particular de les millores obtingudes arran de les notificacions.
- Desenvolupar el protocol de primeres i terceres víctimes.
- Registre insuficient d'alguns indicadors com ara:
 - grau d'actualització de protocols i documents de l'organització, grau de compliment d'alguns prestadors no assistencials.
 - adequació de l'atenció als protocols de l'organització.

Gerència:

- Registre insuficient d'alguns indicadors com ara:
 - grau de compliment d'alguns prestadors no assistencials.
 - grau de compliment de protocol de contenció.
- Millorar la identificació dels professionals. S'observa que alguns treballadors no compleixen amb la normativa d'identificació obligatòria (targeta identificativa).
- Reforçar i en alguns casos actualitzar la figura de líder o propietari de procés en els processos claus de l'organització (atenció urgent, atenció ambulatoria).
- Millorar el sistema de conciliació de la medicació a l'alta dels pacients (idees ja suggerides als responsables) amb la condició que el registre obtingut sigui més fiable.

5. Estàndards no assolits i elaboració dels Plans de Millora

Del total d'estàndards avaluats a l'HM (803), **63 estàndards no es van assolir.**

D'aquests s'han elaborat els **Plans de Millora** corresponents que ens permetran millorar, monitorar i fer-ne el seu seguiment, en el camí d'assolir-los en els propers tres anys i abans de la propera Acreditació (prevista al 2028).

Per a la seva elaboració es van realitzar un total de 21 reunions amb els diferents líders dels processos repartides entre els mesos d'octubre a desembre de 2024 (30h aprox.).

Al mes de desembre de 2024 es va lliurar l'informe de Plans de Millora al Departament de Salut i ens els propers tres anys (2025, 2026 i 2027) els haurem d'anar reportant l'avenç en els mateixos.

H. Certificacions ISO 9001:2015

24. ISO 9001:2015 - UCSI

Es realitza auditoria interna el 18 de juny de 2024, amb 5 No Conformitats menors:

- Les accions de millora dels RISCOS no estan documentades. No s'ha avaluat.
- Hi ha indicadors no assolits sense la proposta d'ACCIONS DE MILLORA.
- Satisfacció de l'UCSI amb els seus proveïdors. No s'ha avaluat.
- No hi ha descripció dels LLOCS DE TREBALL. No s'ha avaluat.
- No es mostra la FORMACIÓ feta per l'equip. No s'ha avaluat.



Punts forts:

- Els professionals estan predisposats en tot a informar a l'auditor.
- L'equip d'infermeria està molt motivat amb força ganes de millora.
- L'equip mèdic i coordinador de qualitat estan molt predisposats també en la millora.
- Els indicadors estan molt ben desenvolupats i permeten fer el seu seguiment mensual.
- La satisfacció dels client externs / usuaris / pacients és molt bona.
- Es recullen les incidències adequadament

Observacions:

- Cartera de serveis. No està penjada ni a la WEB ni al gestor documental.
- Nevera. La nevera 1613 no està controlada diàriament amb la Tª.
- Riscos i oportunitats. Cal introduir a l'excel de Riscos, les amenaces del DAFO i els riscos detectats a les PARTS INTERESSADES. No estan documentades les accions de millora realitzades en els riscos.
- Organigrama. Cal incloure-hi l'administratiu.
- Indicadors. Aclarir, del llistat presentat, quins són realment INDICADORS amb els seus objectius a assolir. Algun d'ells no tenia OBJECTIU.
- Carro d'aturades: desfibril·lació. El procediment diu que cal fer-ho diàriament. Hi manquen registres diaris.
- Identificació inequívoca dels pacients a admissions. No es comprova que la pacient admesa i que la TCAI, sigui realment la pacient concreta a intervenir. No se li demana la data de naixement.
- Desenvolupament de nous processos. El treball realitzat en la nova UCSI – REA no s'ha documentat.

Oportunitats de millora:

- La documentació es troba en diferents carpetes i no està centralitzada.
- Caldria que al costat de la nevera hi constés el full tècnica de la mateixa.
- Cal que al DAFO hi participi tot l'equip.
- Entre els indicadors, es troba a faltar el recull d'esdeveniments adversos trimestrals.

L'auditoria externa de primer seguiment, es va realitzar el 26 de setembre de 2024, sense cap No Conformitat.

Punts forts:

- Com ja es va indicar la passada auditoria, malgrat els espais no ajuden, s'han evidenciat circuits de treball operatius, agilitat i cap sensació de tensionament en les dinàmiques de treball.
- Valorar molt positivament l'ampliació de la cartera de serveis de la UCSI i la major complexitat que les noves intervencions representen.
- Associat a l'anterior, i tal com s'ha indicat en anteriors auditories, valorar positivament l'estabilitat en els resultats assolits dels diferents indicadors assistencials establerts, malgrat aquest increment de complexitat.



- Derivat de la revisió realitzada dels registres del curs clínic dels pacients UCSI, valorar molt positivament la continuïtat assistencial aportada per part de la Unitat d'Hospitalització Domiciliària.
- Valorar molt positivament l'organització de la neteja dels espais de bloc quirúrgic, del control de situació i, especialment, de les actuacions extraordinàries associades a infeccions o contaminacions.
- Valorar positivament les diverses accions de millora iniciades al llarg de l'any i el conjunt d'actuacions plantejades per al seu desenvolupament i assoliment.
- Valorar positivament la valoració del tracte rebut per part del personal UCSI que els pacients indiquen a l'enquesta de satisfacció.

Oportunitats de millora:

- Es considera una oportunitat de millora que en el seguiment dels objectius es faci referència expressa als resultats quantitius que s'estan assolint respecte del valor desitjat.
- Es considera una oportunitat de millora fer una revisió periòdica del material fungible disponible en els caixetins, per tal de minimitzar el risc de caducitat dels mateixos.
- Respecte de la sistemàtica de registre actual es considera important treballar per eliminar les duplicitats paper – informàtica.
- En aquest sentit, cal valorar com un risc el fet que hi pugui haver discordances o discrepàncies entre un suport i l'altre per causa d'aquest doble registre.
- Es considera una oportunitat de millora que els registres es complimentin, a nivell informàtic, abans que el pacient entri a quiròfan, malgrat els de suport paper estiguin correctament complimentats.
- Valorar la necessitat de planificar el trasllat a la nova ubicació de la UCSI per minimitzar el impacte en l'activitat i l'efecte en els pacients i el personal.
- Continuar treballant per assegurar que en el check de cirurgia segura es fa indicació de la presència de les persones de l'equip en el moment del inici de la d'intervenció
- Pel que respecte a la gestió interna de les reclamacions, es considera que es pot formalitzar l'anàlisi intern de la mateixa valorant les causes i si cal realitzar alguna actuació a la UCSI, amb independència de la resposta que després es pugui donar al reclamant.
- Respecte de la gestió de les incidències, es considera important continuar treballant en la problemàtica de fallida en la programació que implica la no realització de la intervenció quirúrgica.
- Continuar treballant la millora de la informació als pacients/familiars, tal i com es desprèn de l'enquesta de satisfacció.



25. ISO 9001:2015 - FARMÀCIA

Es realitza auditoria interna el 17 d'abril de 2024 de 9 a 12 h.

No conformitats menors:

- 1. Parts interessades / grups de interès.**
 - No ho han desenvolupat
- 2. Codificació del SGQ.**
 - Es detecten incidències en la codificació, sense una directriu establerta, amb diferents codis o no codificacions.
- 3. Satisfacció del Servei de Farmàcia amb els seus proveïdors.**
 - No s'ha avaluat.
- 4. Dispensació de la medicació ambulatoria**
 - No es fa cap mena d'identificació, ni activa ni passiva, de la persona que vé a recollir la medicació, ni si el que la recull és un familiar o amic. Es fa, només per targeta sanitària.

Observacions:

Es detecten 6 observacions, que cal tenir-les resoltes per a l'auditoria propera externa.

- 1. Política de Qualitat**
 - La tenen, però no està penjada els espais interns i externs.
- 2. Organigrama**
 - No tenen reflectida la figura del/la Coordinador/a de Qualitat del Servei.
- 3. Descripció del lloc de treball**
 - Hi ha alguna DLT sense els requeriments bàsics de la categoria professional sol·licitada.
- 4. Riscos i oportunitats**
 - Cal introduir a l'excel de Riscos, les amenaces del DAFO i els riscos detectats a les PARTS INTERESSADES.
 - No estan documentades les accions de millora realitzades en els riscos.
- 5. Indicadors**
 - 2 no assolits, i en 1 d'ells no estava documentada l'acció de millora corresponent.
- 6. Pla de contingència**
 - No s'ha pogut entrar al Pla de Contingència.

Oportunitats de Millora:

- Seria interessant diferenciar amb colors, quan un indicador està assolit o no.
- Un dels indicadors sobre l'unidosi, només s'avalua un cop anualment. Us proposem que es faci trimestralment, donada la transcendència de la dispensació.



- Caldria aclarir què s'entén per EFICÀCIA de la FORMACIÓ, i com s'avalua a l'excel·lent mostrat (RS-04 Pla formació 2023).

L'auditoria externa de segon seguiment, es va realitzar el 23 i 24 de maig de 2024, sense cap No Conformitat.

No conformitats menors:

- S'evidencia a magatzem una preparació de Cefuroxima 10mg/ml etiquetada el dia 10-5-24 sense que en els registres hi hagi indicació de preparació en aquest dia.
P. Ex: Lot10052024-B

Oportunitats de millora:

- Incrementar la freqüència de seguiment i anàlisis d'alguns dels indicadors del sistema de gestió, de manera que es faciliti la generació d'accions quan es presenti la desviació del valor planificat.
- Es considera important no demorar la revisió dels procediments de Tecnificació de Formules, Nutricions i Citostàtics.
- Finalitzar la revisió de les fitxes de preparació de fórmules/preparats. I valorar l'actualització de les fitxes a mida que es generen noves peticions.
- Identificar amb major claredat els controls de qualitat a realitzar i millorar la relació de les signatures del personal implicat tant amb la realització com en el compliment d'aquests controls de qualitat.
- Es considera que l'actual sistemàtica d'arxiu informàtic d'aquestes fitxes no assegura la separació de les actualitzades i antigues.
- Respecte a les peticions mèdiques realitzades directament a través de la Història clínica, es considera important que la mateixa quedi clarament indicada al Curs clínic del pacient.
- Respecte a les etiquetes dels preparats/fórmules, es considera important mantenir indicacions homogènies respecte a l'estabilitat/caducitat. (immediata-24 hores).
- I, en general, en aquelles preparacions que tenen caducitats/estabilitats diferents en funció de les condicions d'emmagatzematge, es considera important assegurar que l'etiqueta fa la indicació més adequada en funció de la utilització per part del "client".
- En els casos en que encara es fa en suport paper, valorar la possibilitat de signar sobre les etiquetes impreses com a indicació que s'han revisat com a part del control de qualitat, si correspon.
- Respecte a les nutricions parenterals reutilitzades, es considera una oportunitat de millora assegurar que, en els registres, es manté la traçabilitat cap el nou pacient a qui s'ha administrat.
- Implementar els controls gravimètrics a Nutrició Parenteral.
- Respecte al retorn dels productes citostàtics, es considera una oportunitat de millora valorar algun sistema de control de recepció a farmàcia dels productes a reciclar.
- Es pot millorar la identificació de les ubicacions i medicació de risc ubicada als diferents espais del Servei de Farmàcia.
- Cal valorar si les "neveres" emprades per al transport de la medicació de citostàtics, és la més adequada.



- Malgrat existeix el projecte d'obra per el seu canvi i millora, es considera que l'espai d'atenció a pacients ambulatoris és, actualment, de complicat accés i, associat a les dinàmiques de treball, no sempre pot assegurar l'adequada privacitat dels pacients atesos.
- Derivat dels resultats de l'enquesta de satisfacció de clients interns, es considera una oportunitat de millora valorar la separació de resultats per perfil professional, i si és possible per Servei, Unitat, que pugui aportar major informació.
- Derivat dels resultats assolits, es considera que es pot plantejar algun tipus d'actuació concreta amb el personal d'infermeria per tal de poder conèixer i treballar els motius de l'elevada variabilitat de resultats. (grup focal)
- En relació a accions de millora que està iniciant el Servei de Farmàcia, es considera una oportunitat de millora valorar la separació física de les zones, i persones, que estan preparant la dispensació de medicació per minimitzar distraccions i interrupcions.
- Incrementar la freqüència de revisió, control i descongelació dels "arcons" del magatzem per assegurar que es minimitza el nivell de gel en els mateixos.
- Respecte de les incidències registrades a SINiSP, es considera una oportunitat de millora continuar aprofundint les anàlisis de causes associades, de manera que les actuacions resultants siguin els més operatives possible. En aquest sentit, es considera que es pot potenciar l'ús de les espines de peix (Ishikawa), els 5 perquè, Model London,...

Punts Forts:

- Valorar positivament les actuacions realitzades per a reduir els nivells de risc en aquells aspectes considerats rellevants per el Servei de Farmàcia.
- Valorar positivament les actuacions realitzades per reduir la necessitat de preparar medicació "si precisa", de manera que sigui medicació d'estoc dintre dels carros de preparació.
- Valorar igualment el conjunt d'accions de millora generades al llarg de l'any 2023.
- Valorar molt positivament, les actuacions de millora realitzades a partir de l'agrupació d'incidències registrades a SINiSP, a partir de les problemàtiques de medicació a urgències.

26. ISO 9001:2015 – ANATOMIA PATOLÒGICA i LABORATORI

L'auditoria interna d'Anatomia Patològica i Laboratori es realitza el 09 de juliol de 2024, amb els següents resultats:

Punts forts:

- L'elevat compromís del personal en la majoria del sistema de gestió de la qualitat.

No conformitat major: NO



No conformitat menor:

- No s'han efectuat com control intern entre patòlegs, una comparació d'observadors, o inscripcions individuals de patòlegs, de forma que s'assegura la homogeneïtat de criteris en el sdiagnòstic.
- El càlcul dels temps de resposta de l'indicador postanalític no s'han revisat amb la periodicitat definida.

Oportunitat de millora:

- Inscripció en control extern de FILMARRAY i Genexpert.
- El nou personal hauria de passar interobservadors de microscòpia i orina dels ja reportats.

Observacions:

- El catàleg de proves no es troba publicada en la pàgina web.
- A la part de manteniment de gener 24 de la nevera L20 s'indica que presenta medicions molt baixes (casi congelació), tot i que es verifica registre de temperatura diari correcta.

L'auditoria externa del Laboratori de Referència de Catalunya, en el que estan inclosos el servei d'Anatomia Patològica i de Laboratori del CSdM, es realitzar el 16 de setembre de 2024, i amb un resultat d'1 No Conformitat Menor.

No Conformitat menor:

- No es troben definits serveis transversals com parts interessades: neteja, manteniment i gestió de residus, en contra del que està establert per la norma.

27. ISO 9001:2015 - REHABILITACIÓ

Durant el 2024, s'ha fet la implementació de la Norma ISO 9001:2015 al Servei de Rehabilitació, tenint reunions periòdiques cada 15 dies de 2 hores de durada cadascuna, entre el Cap de Servei, la Coordinadora de Qualitat del servei, i els membres de l'Àrea de Qualitat del CSdM.

28. ISO 9001:2015 – DIRECCIÓ DE PLANIFICACIÓ I QUALITAT

Durant el 2024, s'ha fet la implementació de la Norma ISO 9001:2015 a la Direcció de Planificació i Qualitat, mantenint reunions amb l'equip per treballar tots els temes requerits per la Norma.

29. ISO 14.001 – MEDI AMBIENT

Assessorant l'equip de Serveis Generals.



I. Gestió de les Guies Assistencials

30. Gues assistencials

Del total de guies rebudes a l'Àrea de Qualitat (69 documents), s'han revisat el 100% (69 documents).

Total: 69

Distribució per tipologia:

- **Protocols: 28**
- **Procediments: 24**
- **Circuits: 3**
- **Normatives: 2**
- **Directrius: 3**
- **Informes tècnics: 4**
- **Programa Estratègic Funcional (PEF): 2**
- **Guia de Pràctica Clínica: 1**
- **Procediment Assistencial Integrat (PAI): 1**
- **Cartera de Serveis: 1**
- **Procediment Normalitzat de Treball (PNT): 0**

Del total de documentació revisada, el 10,14% (7) no precisaven ser publicada en el Gestor Documental.

De la resta de documents publicables (62), s'han publicat el 70,96 % (44) i han quedat pendents de publicar el 29,03 % (18).

Publicació per tipologia:

- **Protocols: 21**
- **Procediments: 16**
- **Circuits: 3**
- **Normatives:**
- **Directrius: 2**
- **Informes tècnics: 1**
- **Cartera de Serveis: 1**
- **Programa Estratègic Funcional (PEF): 0**
- **Guia de Pràctica Clínica: 0**
- **Procediment Assistencial Integrat (PAI): 0**
- **Procediment Normalitzat de Treball (PNT): 0**

El motius de no publicació (18) van ser:

Motius:

- **Documents pendents per part dels coordinadors del document: 14**
- **Documents pendents per part la Direcció de Qualitat: 2**



- Documents pendents per part de la Comissió PROA: 2

RESUM GUIES 2024:

Rebudes: 69

Revisades: 100 % (69)

Publicades: 70,96 % (44)

J. Gestió dels aïllaments infecciosos a hospitalització

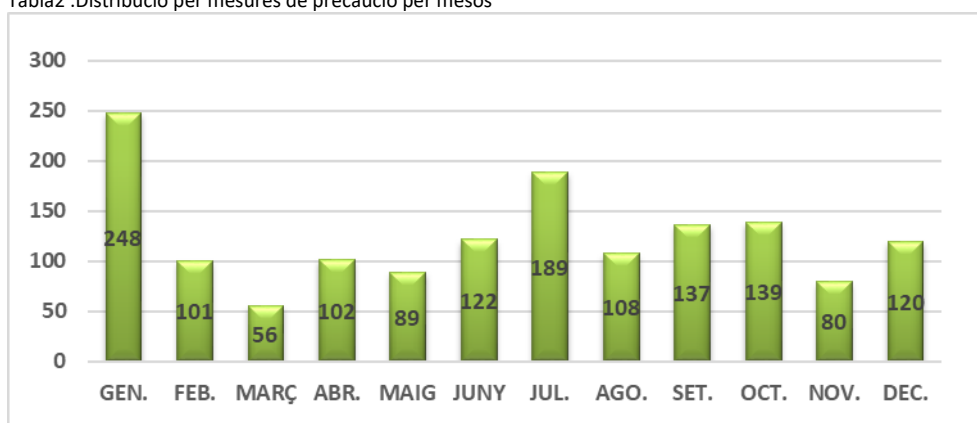
31. Distribució de les mesures de precaució

1232 pacients han estat ingressats amb alguna mesura de precaució específica i ha suposat 1492 aïllaments durant tot l'any. La mitjana mensual d'aïllaments ha estat de 124 (2023:145), sent el mes de gener el mes amb més aïllaments (248) i novembre el mes amb menys aïllaments (80).

Taula1. Comparativa

	Mesures de precaució totals	Mesures de precaució per contacte
2022	2784	31%
2023	1414	60%
2024	1492	64%

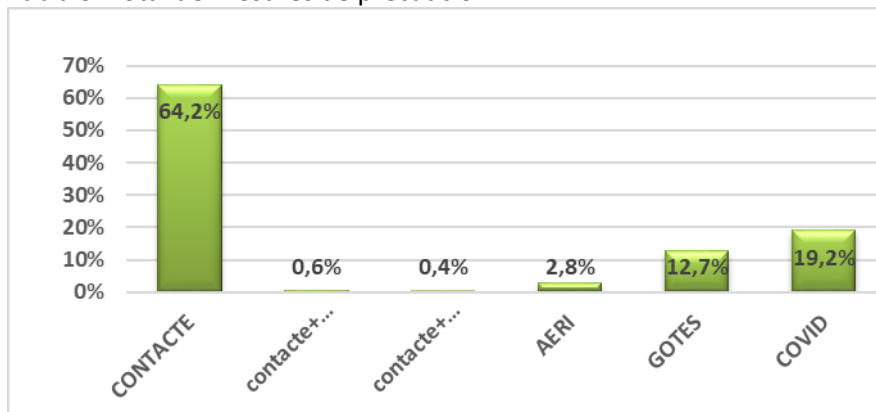
Tabla2 .Distribució per mesures de precaució per mesos





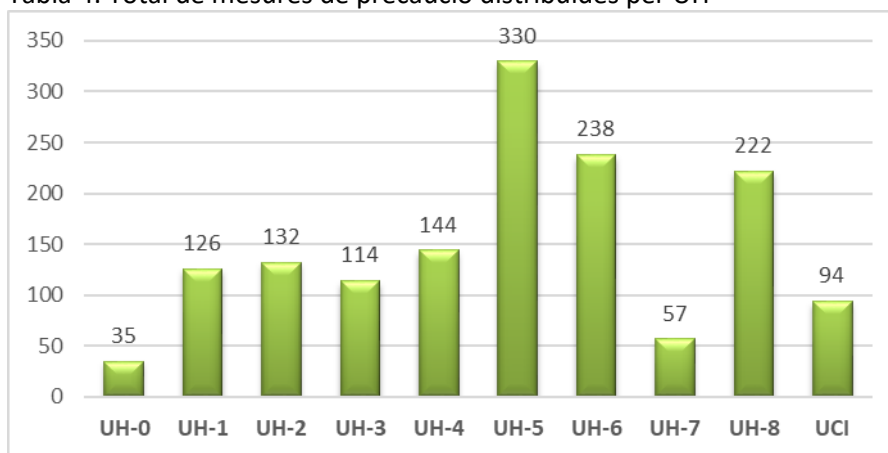
La mesura de precaució més requerida va ser la de contacte amb un 64% respecte a la resta de mesures de precaució.

Tabla 3. Total de Mesures de precaució



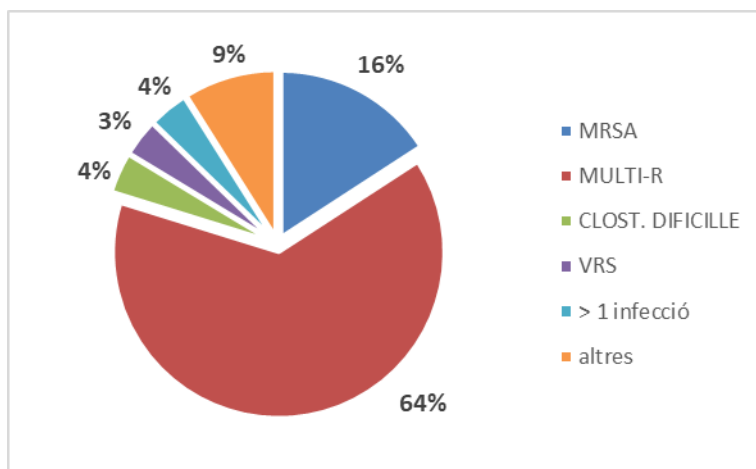
Ha estat a les àrees mèdiques on s'han realitzat més mesures de precaució, amb 330 aïllaments a la unitat 5, 238 i 222 aïllaments a la unitat 6 i 8 respectivament.

Tabla 4: Total de mesures de precaució distribuïdes per UH



Els microorganismes més freqüents són els multiresistents: Enterobactèries, (BLEE, Amp C plasmídica i Carbapenemasas) i MRSA i seguint amb el *Clostridiode difficile*, VRS i aïllaments amb més d'un microorganisme de transmissió per contacte.

Tabla 5 Microorganismes amb requeriment de mesures de precaució per contacte



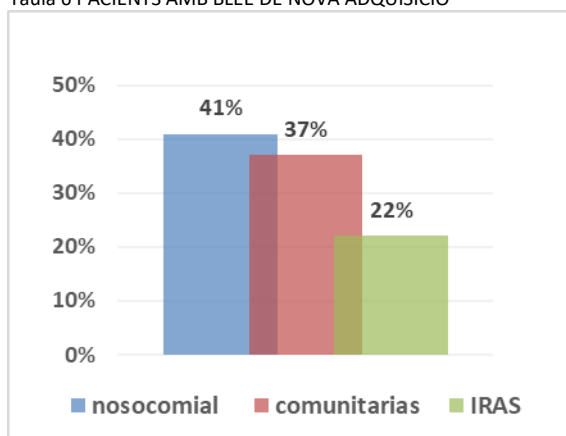
32. Adquisició dels microorganismes

Analitzant als pacients per microorganismes i la seva adquisició i quedant exclosos els pacients que tenen més d'un microorganisme multiresistent i els E coli BLEE.

Resultats:

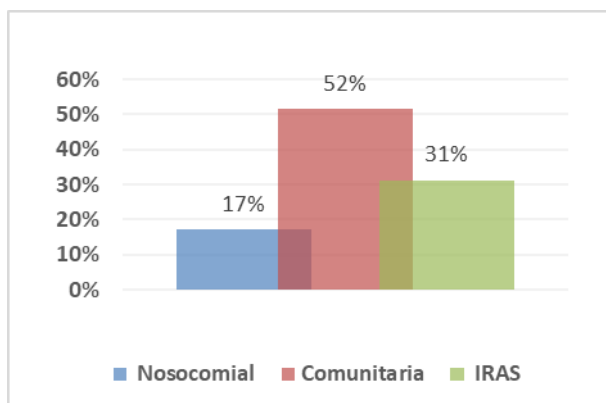
- De un total de 413 pacients amb enterobactèries BLEE , 227 pacients (55%) son noves adquisicions.

Taula 6 PACIENTS AMB BLEE DE NOVA ADQUISICIÓ



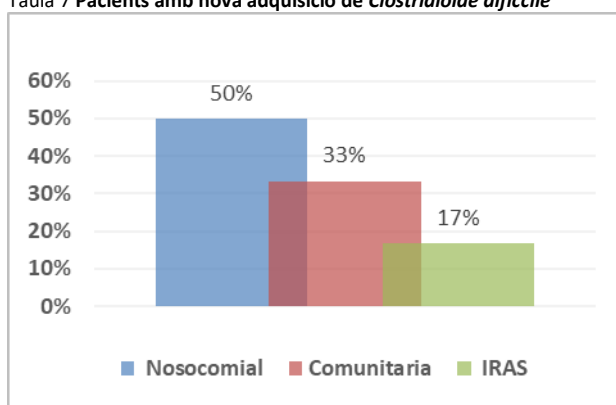
- Respecte al MRSA, de 119 pacients que van estar aïllats únicament per *Staphylococcus aureus* resistent a la Meticil·lina , 65 pacients (54.6%) van ser de nova adquisició

Taula 7 PACIENTS AÏLLATS PER MRSA DE NOVA ADQUICIÓ



- pacient (86.1%) són de nova adquisició

Taula 7 Pacients amb nova adquisició de *Clostridioide difficile*



33. Identificació de les mesures de precaució:

Estudi: Tall de prevalença observacional, prospectiu i descriptiu sobre la identificació, material i EPIS dels aïllaments.

Població: Tot els pacients amb qualsevol mesures de precaució específica (contacte, gotes, aeri, contacte/gotes, contacte/aeri i covid) ingressats a les unitats d'hospitalització i urgències.

Duració: trimestral durant tot el any 2024

Criteris d'exclusió: tots els pacients ingressats que no mantinguin una mesures de precaució específica en el moment del tall i els pacients amb mesures preventives.

Criteris de les variables:

1. Observació de un total de 7 variables dicotòmiques.
2. 6 variables tenen una puntuació de 1 (compliment) o 0 (no compliment)
3. 1 variable esta dividida en dos observacions: la puntuació es de 0.5 cada una si es compleix

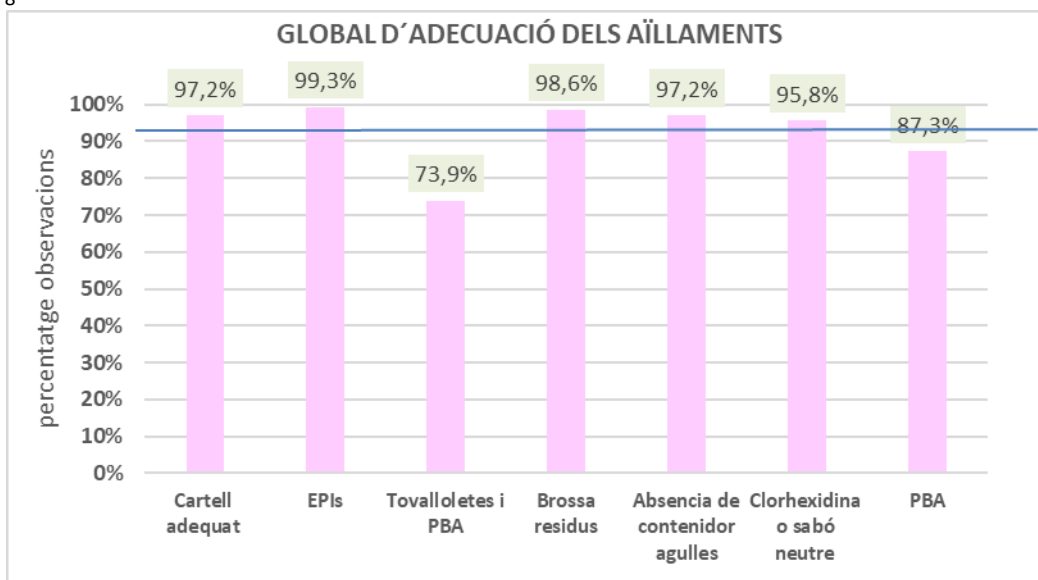


4. Les mesures de precaució observades durant els tres talls son: contacte, aeri, gotes, contacte /gotes i Covid.

Metodologia: S’ha dissenyat una base de dades per registrar les següents variables: Cartell adequat, Cistella a la porta d’entrada a l’habitació del pacient amb els EPIS(equip de protecció individual) corresponents, tovallolletes desinfectants i PBA (preparat de base alcohòlica) i, dintre de l’habitació absència de contenidors d’agulles , bosses per llençar els EPIS a la sortida i la roba contaminada del pacient. Per últim sabó neutre o sabó de clorhexidina i PBA per poder fer correctament la higiene de mans durant l’assistència i al sortir de l’habitació.

Resultats: S’han fet 3 talls observant 71 pacients amb un compliment global del 93% (estàndard 90%)

Taula 8



34. Conclusió INFORME aïllaments 2024

1. Si comparem el numero total de mesures de precaució que van haver al 2022 respecte al 2024 es pot apreciar un clar descens . El motiu principal es perquè els casos de Covid han baixat de forma considerable
Però si comparem les mesures de precaució per contacte entre aquests darrers anys, passa el contrari, incrementa el numero poc mes del doble, de un 31% al 2022 a un 64% al 2024 . Aquest tipus de mesura es, cada vegada, mes freqüent lligada a la adquisició dels tipus de microorganismes patògens majoritàriament multirresistents.
2. Quan analitzem els microorganismes de nova adquisició podem veure que en les BLEES son majoritàriament nosocomial amb un 41% a l’ igual que el *Clostridioide difficile* amb un 50%. No passa el mateix amb el MRSA constatant que la majoria es comunitari amb un 52%.



3. Els resultats indiquen que hi ha un bon compliment en la identificació dels cartells de mesura de precaució i del material necessari per part del personal assistencial però s'ha avaluat el compliment d'aquestes mesures. Per poder confirmar-ho seria necessari un altre estudi observacional de tot el personal sanitari que té accés a aquestes habitacions fent les observacions completes a totes les diferents categories professionals.

Les PBA i tovallotes son les dos variables que no arriben al 90% Això dificulta el compliment d'higiene de mans a l'entrar a l'habitació i fa pensar que no es fa una correcta desinfecció del material contaminat al sortir de l'habitació. De igual forma passa pel fet de no trobar PBA dintre de l'habitació que pot reduir les accions d'higiene de mans.

Com a accions de millora es van fer intervencions durant el tall observacional amb el personal i les monitores de les unitats i urgències.

35. Accions de millora:

- Durant el tall observacional es va interaccionar amb el personal i les monitores de les unitats i urgències sobre els resultats obtinguts.
- Fer formacions i tallers de forma periòdica amb l'objectiu de reforçar els compliment de les mesures estàndard i de les mesures de precaució.

K. Gestió de la Tuberculosi al Maresme Central

36. Estudis de contactes de TBC realitzats Maresme-Central

- **EC laboral:** Centre d'acollida Municipal Creu Roja, Mataró.
- **EC Escolar:** Escola Freta
Escola Thos i Codina
- **EC convivents i comunitaris:** 108 pacients estudiats

Seguiment dels casos	
Casos pediàtrics (<15a)	2
Ingrés H. Mataró	17
Seguiment H. Mataró	31
Seguiment altres centres	3
Tractament finalitzat	4
ETODA	1
Serveis Clínics	3

2024: 36 casos de TB declarats	
TB Pulmonar (exclusiva)	16
Laríngia	0
Bacil·lífera	5
TB Extrapulmonar (exclusiva)	12
TB Pulmonar + Extrapulmonar	8
Pleural	8
Meníngia	2
Limfàtica	8
Peritoneal	1